

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

INSTITUTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SAÚDE PÚBLICA



ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O IMPACTO DAS USF COMPARATIVAMENTE A UCSP NO ACES LISBOA CENTRAL

DUARTE JOSÉ VITAL DE BRITO

TRABALHO FINAL DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA
SOB ORIENTAÇÃO DO DR. RUI PORTUGAL

LISBOA
2015

RESUMO

Atualmente, os CSP representam o primeiro e mais abrangente contacto dos utentes portugueses com o SNS. No seio de uma complexa organização, sobressaem as UCSP como principais centros de atendimento ao público, tendo sido alvo de consecutivas reformas e de substituição, em prol das USF. Num SNS que se pretende universal e equitativo, importa compreender os fatores que podem condicionar desigualdades no acesso aos CSP e qual o seu impacto na utilização dos serviços e no estado de saúde da população, de maneira a que seja possível desenvolver um sistema mais próximo das reais necessidades dos utentes. O presente trabalho pretende contextualizar o panorama do acesso aos cuidados de saúde primários no ACES Lisboa Central através de uma caracterização da população-alvo e suas principais morbilidades e uma análise dos indicadores nacionais de contratualização das unidades de saúde, referentes ao ano de 2014. Através de uma comparação entre as USF e UCSP em estudo, ponderando ainda o facto dos utentes serem acompanhados por um médico de família, procura-se entender qual o impacto que as diferentes valências poderão ter no acesso aos cuidados de saúde primários, assim como compreender que aspetos em específico carecem de mudança.

ABSTRACT

Currently, Primary Health Care (PHC) represents the first and most comprehensive users' contact with the National Health System (NHS). Within a complex organization, UCSP are the main facility offering customers a health care service. These centers have been the target of several reforms, being progressively substituted by USF. The Portuguese NHS intends to be universal and equitable, and it's fundamental to understand which factors can determinate inequalities in the access to PHC and their impact on service utilization and population's health status, in order to develop a system that represents users' real needs. This project aims to contextualize the access to PHC in ACES Lisboa Central through a characterization of the population and its main morbidities, followed by an analysis of the national health contracting indicators, for the year of 2014. Through a comparison between USF and UCSP, also considering the fact if users are followed by a general practitioner, the objective is to understand what's the impact that these different facilities may have in the access to PHC and which specific aspects need to be reviewed.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Rui Portugal, pela motivação que transmitiu desde o início, o apoio que ofereceu ao longo de todo o período de realização do trabalho, a abertura que mostrou em todas as reuniões e por se assumir como uma personalidade inspiradora para o rumo que desejo levar no futuro.

Ao Paulo Alves e à Dra. Rosário Fonseca, Diretora Executiva do ACES Lisboa Central, pela flexibilidade no fornecimento dos dados necessários e disponibilidade para o esclarecimento de todas as dúvidas que surgiram.

À minha família e amigos, pelo permanente apoio, fé e paciência neste e todos os projetos em que sempre estive envolvido.

À Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa, uma verdadeira casa que tanto me deu durante dois anos, nomeadamente a possibilidade de ver a Medicina para além da “mera” patologia, mas sim numa perspetiva global e, sem dúvida, uma das principais influências no para o meu futuro enquanto médico.

NOMENCLATURA

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde	RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
ARS	Administração Regional de Saúde		
ARS-LVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	SIARS	Sistema de informação da Administração Regional de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários	sMF	Sem médico de família
ICPC-2	Classificação Internacional de Cuidados Primários	SNS	Sistema Nacional de Saúde
MF	Médico de família	UCC	Unidade de Cuidados Continuados
cMF	Com médico de família	UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
MCDT	Meios complementares de diagnóstico	URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
OR	Odds Ratio	USP	Unidade de Saúde Pública
PF	Planeamento Familiar	USF	Unidade de Saúde Familiar
PNV	Plano Nacional de Vacinação	VIH	Vírus da imunodeficiência humana

ÍNDICE

1. O ACESSO AOS CSP EM PORTUGAL	4
1.1. Uma contextualização histórica.....	4
1.2. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários	5
1.3. Um Sistema Nacional de Saúde equitativo para todos?	6
2. O ACESSO AOS CSP NO ACES LISBOA CENTRAL	10
2.1. Materiais e Metodologia	10
2.2.1. Caracterização da população em estudo.....	10
2.2.2. Escolha dos indicadores em estudo.....	20
2.2.3. Descrição da metodologia de análise de dados.....	21
3. RESULTADOS	23
3.1. Apresentação dos resultados	23
3.2. Discussão dos resultados.....	38
3.2.1. Comparação entre UCSP e USF	38
3.2.2. Comparação entre utentes de UCSP-cMF e utentes de UCSP-sMF	42
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
CONFLITO DE INTERESSES.....	46
BIBLIOGRAFIA	46
ANEXOS	49

1. O ACESSO AOS CSP EM PORTUGAL

1.1. Uma contextualização histórica

Na atualidade preconiza-se o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde (com as limitações de recursos variáveis), atendendo à sua equidade como forma de reduzir as consequências das desigualdades económicas, geográficas e sociais e proporcionar uma prestação de serviços universal, tendencialmente gratuita.¹ Mas não há muito tempo, o panorama era bem diferente e a oferta de serviços de saúde era incapaz de servir a procura por parte de quem mais necessitava. Apenas em 1978, na Declaração de Alma-Ata, assinada por 134 países e 67 organizações internacionais, se estipularam os princípios dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), como *“cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade (...) e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”*.^{2,3} É um cenário que, volvidos quase 40 anos, se mantém atual, com todas as diferenças naturais entre o desenvolvimento dos vários países.

Em Portugal, mesmo ainda antes da definição dos princípios europeus relativos aos Cuidados de Saúde Primários, foi criada uma rede nacional de centros de saúde integrada nas comunidades, já assente nos princípios de promoção da saúde e prevenção da doença que viriam depois a ser promulgados internacionalmente. Tendo passado por inúmeras mudanças, das quais se salientam as reformas de Gonçalves Ferreira com a construção de aproximadamente 300 centros de cuidados de saúde primários (1971) e de António Arnault através da discussão e legislação da oferta de cuidados de saúde no artigo 64º da Constituição Portuguesa (1976), em 1979 nasce o Serviço Nacional de Saúde (SNS).⁴

Desde então, o SNS tem vindo a conhecer várias transformações, assumindo o Estado um papel fundamental neste campo, desde logo destacando: a criação da carreira médica de medicina geral em 1982, fundamental para a descentralização dos cuidados de saúde; a introdução da Lei de Bases da Saúde em 1990, com o intuito de reger a prestação de cuidados de saúde de todo o sistema, apelando à equitativa distribuição e utilização dos recursos; os primeiros passos no planeamento estratégico da saúde em 1998, com o lançamento do primeiro documento do género – *“Saúde, Um Compromisso: a estratégia de saúde para virar do século 1998-2002”*; uma tendência de privatização dos recursos no

início do século XXI e o regresso aos princípios fundadores do SNS, de 2005 até à data.^{4,5,6,7,8} Ao longo de mais de 50 anos assistimos ao nascimento, crescimento e consolidação do sistema de prestação de cuidados de saúde vigente no país, patentes pela mudança de paradigma em alguns dos principais indicadores de análise – entre 1974 e 1990 a mortalidade infantil diminuiu de 37,9 óbitos por 1000 nascimentos para 11, a esperança média de vida aumentou cerca de 5 anos e a cobertura populacional passou de 18% para valores próximos dos 90%, já no século XXI⁹. É portanto, ainda recente a perspetiva global da saúde e sua oferta a toda a população de forma universal.

1.2. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários

Em Portugal, atualmente, a “*porta de entrada*” para o Sistema Nacional de Saúde são, sem dúvida, os Cuidados de Saúde Primários. Com 35 anos de idade, após várias reformas, assistimos a uma organização descentralizada deste sistema em cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) com autonomia administrativa e financeira, responsáveis por planear, orientar e coordenar as atividades a nível local.⁹ As ARS estão por sua vez divididas em 64 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que regem várias unidades de saúde: Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados Continuados (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).¹⁰ Importa ainda referir a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006, para a qual já foram referenciados mais de 120 000 utentes.¹¹ Existem então diferentes unidades de saúde, com diferentes modos de funcionamento, às quais os utentes poderão recorrer consoante a sua situação clínica.

As USF representam uma das mudanças mais visíveis desta reforma, assegurando o acesso aos cuidados de saúde a um maior número de pessoas, através de uma maior autonomia de equipas de trabalho e uma contratualização com base em indicadores de acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico.^{7,12} Através de novas metodologias de contratualização e da definição de objetivos e incentivos verificou-se uma melhoria no acesso aos cuidados de saúde, na qualidade da prestação de cuidados, na utilização de “*guidelines*” clínicas, entre outros.¹³ Contudo, esses mesmos incentivos podem modelar a prestação de cuidados e levar a um aumento das desigualdades entre os doentes,^{14,15} já que a sua implementação ainda se encontra em curso, processo este que se encontra em níveis distintos nos vários distritos do país, com uma

dicotomia entre litoral e interior e uma autonomia a nível dos ACES que em 2012 ainda parecia estar por consolidar.^{16,17} É precisamente sobre as eventuais desigualdades de acesso que incide este trabalho, nomeadamente entre USF e UCSP.

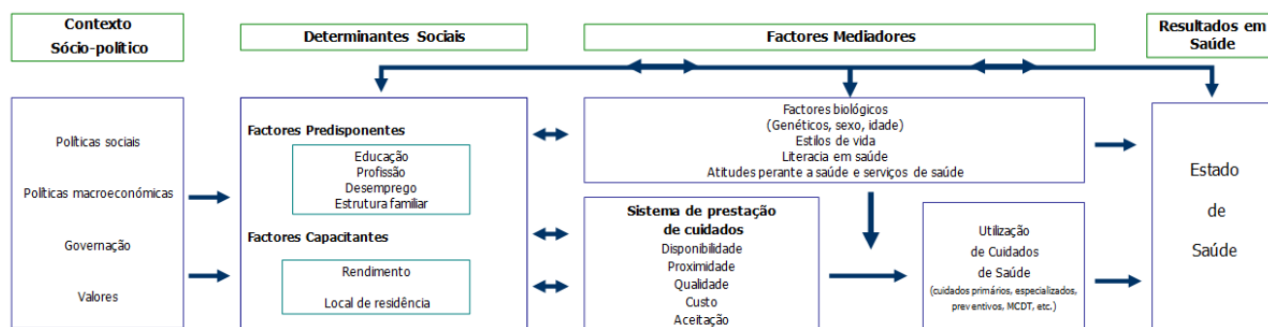
Segundo o Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários existem várias áreas que ainda carecem de desenvolvimento, como a gestão clínica, os modelos de contratualização, os sistemas de informação, a articulação com os hospitais, entre outros. Estes são os principais desafios que enfrentamos nos dias de hoje, introduzindo o fator económico na equação e sabendo que cerca de 90% dos problemas relacionados com saúde podem ser resolvidos nos CSP.¹⁸ Não basta que sejam criadas alternativas no papel, é necessário coloca-las no terreno e fazer chegar os recursos diretamente às populações, cuja maioria (55,5%) considera insuficiente o grau de implementação do Plano Nacional de Saúde a nível local.⁸

No seu global, a abordagem centrada no paciente levada a cabo nos Centros de Saúde, mais próximos da população e conscientes das suas necessidades, poderá resultar num tratamento mais completo, numa maior confiança por parte do utente, na deteção precoce de determinadas patologias e numa menor necessidade de referenciações, exames complementares de diagnóstico e utilização dos cuidados hospitalares,^{19,20} razões que justificam a aposta em estudos mais aprofundados na área do acesso aos cuidados de saúde.

1.3. Um Sistema Nacional de Saúde equitativo para todos?

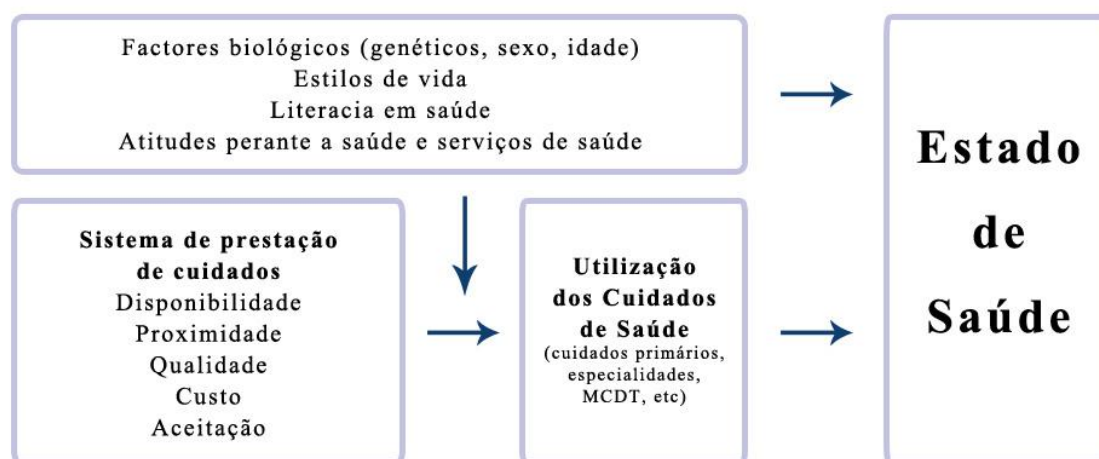
Neste início de século tem-se vindo a debater uma questão fundamental: a equidade do acesso aos cuidados de saúde. O desenvolvimento da prestação de serviços de saúde tem crescido exponencialmente, mas tal nem sempre foi acompanhado com uma justa distribuição destes serviços pela população, culminando em desigualdades de saúde entre grupos populacionais sistemáticas, relevantes, evitáveis, injustas e desnecessárias.²¹ Para uma correta análise, é importante constatar como os determinantes em saúde podem promover estas iniquidades e consequentes alterações no estado de saúde da população, através de áreas tão distintas como os valores da sociedade, os rendimentos da população ou o seu estilo de vida, entre muitos outros, como se pode ver na página seguinte (figura 1), todos eles interligados e passíveis de serem modificados com medidas concretas e renovadoras.

Figura 1 - Modelo conceptual dos determinantes em saúde e utilização dos cuidados de saúde
 (adaptação de modelos conceptuais dos determinantes em saúde e da utilização de cuidados de saúde, in C. Furtado, 2010⁶)



Já a componente do acesso aos cuidados de saúde está dependente de várias dimensões interrelacionadas, como se pode constatar na figura 2: a procura adequada dos serviços e a disponibilidade da oferta; a proximidade geográfica; os custos diretos e indiretos da aquisição de serviços; a qualidade e organização destes; a aceitação por parte da população.⁶

Figura 2 – Modelo conceptual dos determinantes em saúde e utilização dos cuidados de saúde (pormenor)



Sabe-se hoje que existem algumas assimetrias evidentes que ainda devem ser trabalhadas com destaque para: o predomínio de uma população envelhecida (com maiores dificuldades de deslocação) no interior e sul do país, com serviços de saúde afastados da sua residência; as desigualdades socioeconómicas e o seu impacto na procura de consultas de especialidade e sobrecarga hospitalar; as barreiras organizacionais, económicas, culturais e linguísticas a que os imigrantes estão sujeitos, sem ações orientadas especificamente para a sua inclusão; o desajustamento de horários de atendimento face a grupo profissionalmente ativo. Aliás, Portugal e Finlândia eram em 2012 os países europeus com maior índice de iniquidade, em favor dos grupos que auferiam maiores rendimentos.^{6,22,23} Também em Abril de 2011, no Encontro Nacional de

*“Comunidades, Autarquias e Saúde” se afirma que “se continuam a verificar fortes estrangulamentos no acesso à saúde e uma evidente diminuição da oferta de serviços de saúde junto das populações, estando os municípios limitados nas suas ações”.*²⁴

É importante referir, no caso de Portugal, o papel dos médicos de família (MF) no acompanhamento, aconselhamento e referenciação dos seus utentes, como primeiro ponto de contacto com o SNS e como eixo fundamental na qualidade, equidade e custo-efetividade do mesmo.^{20,25} No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 estimava-se que um milhão de pessoas estaria em lista de espera para lhe ser atribuído um médico de família, 40% dos quais localizados na área sob a tutela da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT). Neste panorama, os idosos são aqueles que se apresentam mais vulneráveis, com 63% destes com idade igual ou superior a 75 anos e abaixo do limiar da pobreza, o que, obviamente, se reflete também na procura e menor acesso a cuidados de saúde. Aquando da criação das USF afirma-se que houve um ganho de 13,66% de cobertura da população. No entanto, também é preciso ter em conta que os médicos que integram estas unidades deixaram de atender utentes sem MF.²⁶ Salienta-se ainda uma série de constrangimentos que têm uma influência preponderante na cobertura populacional dos cuidados de saúde primários, como é o caso da extensa lista de espera de propostas de criação de USF e da sua passagem do modelo A para o modelo B, assim como a falta de investimento na renovação das UCSP, que parecem ter sido em parte esquecidas nas várias reformas realizadas.^{12,27}

Assistimos a uma série de novas questões que a implementação das USF nos coloca, entre as quais a coexistência de dois modelos de organização e prestação de cuidados, a UCSP e USF, oferecendo serviços distintos aos cidadãos, diferenças remuneratórias e de condições de trabalho aos profissionais de saúde, a maior focalização nos indicadores de desempenho e a redefinição da relação médico/doente (cada vez mais complementada pela presença dos sistemas de informação e padronização dos cuidados, que podem limitar uma intervenção mais personalizada), assim como a assimetria geográfica na sua distribuição e a falta de candidaturas a algumas regiões, sobretudo no interior – *“em Junho de 2013 estavam em funcionamento 357 USF, destas 185 estavam localizadas na zona norte, 112 na zona de Lisboa e Vale do Tejo, Algarve e Alentejo tinham, respetivamente, 9 e 14 USF”*.^{8,27,28} Existem estudos que demonstram a redução de custos que as USF proporcionam, assim como melhorias a nível de acessibilidade e eficiência – mas deve ter-se em conta o investimento que foi feito nestas unidades, em detrimento das UCSP. Contudo, é fundamental que seja feita uma análise mais aprofundada, capaz de corroborar as vantagens que se atribuem ao modelo de USF.¹²

Sendo o acesso aos cuidados de saúde “*apenas*” uma das vertentes na complexa equação do SNS, é essencial colmatar as iniquidades que ainda se verificam, através de medidas como a monitorização e avaliação da acessibilidade dos serviços; a articulação entre os vários níveis de prestação de cuidados de saúde; reforçar o acesso aos CSP e Cuidados de Saúde Integrados, diminuindo assim a utilização das urgências hospitalares, entre outros.²¹ A falta de articulação entre os vários serviços de prestação de cuidados torna-se ainda mais perceptível através da verticalização que o mesmo contempla (figura 3), tornando mais complexa a navegação do utente entre os vários sistemas e reforçando a necessidade de um desenvolvimento da literacia em saúde, na população em geral, já que este é também um fator cujo défice provoca custos mais elevados para o sistema.⁸ A este facto deve ainda ser acrescido o escasso desenvolvimento de sistemas de informação com capacidade de interoperabilidade nas várias aplicações médicas utilizadas e de um prático sistema de registo de parâmetros e patologias²⁷ – mudanças nesta área seriam fundamentais para facilitar, por exemplo, a referenciação e orientação dos utentes dentro do sistema.

Figura 3 – Um sistema de saúde verticalizado

(in O sistema de Saúde além de 2014, Apresentação de Constantino Sakellarides²⁹)



Antes de intervir, devem ser identificadas as áreas e grupos socioeconómicos nos quais se fazem sentir as iniquidades de acesso aos cuidados de saúde, procurando uma atuação célere e diferenciada, com um maior suporte e acompanhamento destes.⁸ Assim, tendo em conta a carência de uma linha de investigação implementada sobre os serviços de saúde e a necessidade da realização de estudos mais aprofundados sobre as iniquidades no acesso aos serviços de saúde^{12,30,31} pretende-se, através deste estudo, compreender as eventuais diferenças entre o acesso aos cuidados de saúde primários no ACES Lisboa Central, nomeadamente o impacto das USF e UCSP na prestação de serviços à população. É fundamental tornar o SNS mais eficiente, transparente e adaptado às diferentes realidades que hoje enfrenta, tendo a certeza que este proporcionará uma melhor prestação de cuidados à população, mais personalizada e, em última análise, mais económica ao Estado.¹²

2. O ACESSO AOS CSP NO ACES LISBOA CENTRAL

2.1. Materiais e Metodologia

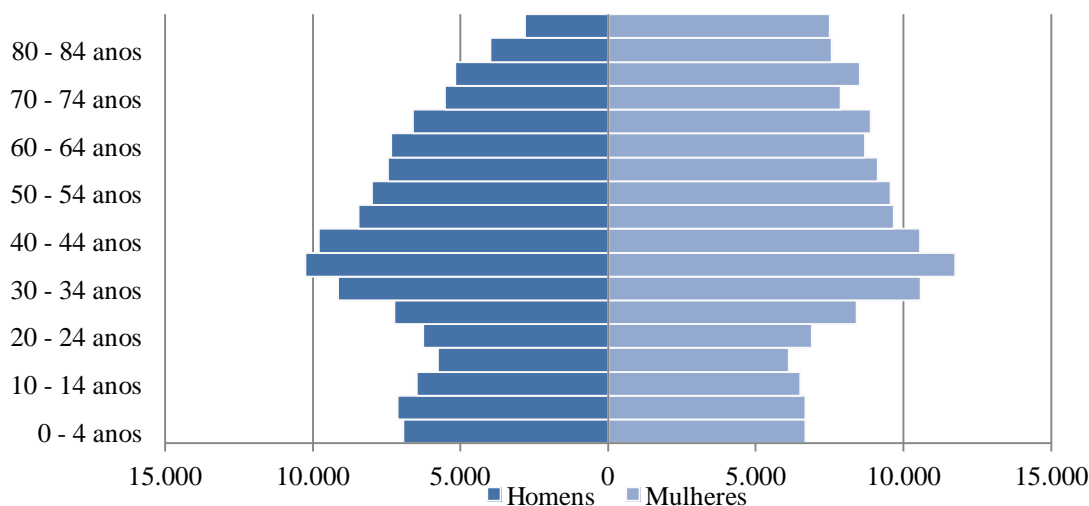
2.2.1. Caracterização da população em estudo

Na análise do acesso aos cuidados de saúde no ACES Lisboa Central é fundamental ter em conta o contexto local, assim como as necessidades da população em estudo.³² Segundo o Censos 2011, o distrito de Lisboa tem 2 821 876 habitantes residentes, sendo o distrito com maior densidade populacional do país - 940 habitantes/km² (a média nacional é de 114,5 habitantes/km²). É uma população predominantemente feminina (52,7%) e ligeiramente envelhecida, com um índice de envelhecimento de 140 idosos para cada 100 jovens, sendo os municípios que apresentam maior percentagem de idosos os de Lisboa (23,9%), Barreiro (21,6%) e Almada (20,6%). Cerca de 7,2% dos residentes são estrangeiros, com um predomínio das comunidades dos PALOP.³³

O ACES Lisboa Central abrange 275 982 utentes, dos quais 54,96% são do sexo feminino. Apresenta-se mais envelhecido que a média do distrito lisboeta, com um índice de envelhecimento de 159,5% (128,0% no ARS-LVT e 140% em Lisboa), sendo que 23,4% da sua população se situa acima dos 64 anos, o que corresponde a mais de 64 000 utentes (cerca de 24 000 do sexo masculino e 40 000 do sexo feminino). Na pirâmide etária abaixo é possível constatar a tendência para a inversão do seu desenho, situando-se a maioria da população nos estratos etários superiores.

Figura 4 - Estrutura etária da população de utentes do ACES Lisboa Central, por sexo

(in SIARS / RSLVT - Perfil de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo - 2012)



No que toca ao acesso aos cuidados de saúde primários na região de Lisboa, este é feito através de 15 ACES, sendo o ACES Lisboa Central o selecionado para este estudo, tendo em conta a sua grande abrangência populacional, com 275 982 utentes inscritos, e a proximidade em termos de acesso aos dados em análise. Circunscreve uma área de 32,94 km², correspondente a 13 freguesias do concelho de Lisboa através de 18 unidades funcionais de saúde, sendo 9 destas UCSP e as restantes 9 USF (sendo apenas uma de Modelo B), totalizando 137 médicos com lista de utentes atribuída. Neste aspeto particular, foram excluídas do estudo duas UCSP com as quais já o ACES Lisboa Central não contratualizou em 2014 e também duas USF de Modelo A, cuja recente implementação dos sistemas de informação não permitiu uma obtenção de dados fiáveis em todos os campos pretendidos. Doravante, neste trabalho, as várias UCSP e USF serão designadas pelas letras A a G.

Importa perceber, para a análise dos indicadores de morbilidade, o acesso e desempenho geral das unidades e que existem unidades onde se verifica um envelhecimento mais acentuado da população, nomeadamente na UCSP A e D, assim como na USF D, E e F. É curioso constatar que existe uma ligeira diferença entre UCSP e USF no que toca ao envelhecimento da população (tabela 1), sendo que as USF, de entre os utentes que abrangem, têm um maior índice de envelhecimento, superior em cerca de 6% ao das UCSP.

Tabela 1 – Caracterização da população abrangida por cada UCSP/USF, relativamente a utentes do sexo feminino, índice de envelhecimento, percentagem de população com idade superior a 64 anos e percentagem de população com idade inferior a 15 anos

(in SIARS / RSLVT - Perfil de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo - 2012)

	% UTENTES DO SEXO FEMININO	ÍNDICE ENVELHECIMENTO	% POPULAÇÃO COM > 64 ANOS	% POPULAÇÃO < 15 ANOS
UCSP A	56,25%	178,8%	24,9%	6,80%
UCSP B	56,5%	130,1%	22,1%	7,3%
UCSP C	54,4%	138,3%	20,7%	6,9%
UCSP D	53,7%	207,2%	25,0%	6,7%
UCSP E	55,1%	147,0%	23,8%	7,3%
UCSP F	53,7%	165,0%	21,3%	6,9%
UCSP G	51,1%	158,5%	20,7%	7,0%
USF A	57,2%	136,9%	22,1%	7,0%
USF B	53,8%	162,9%	24,3%	7,0%
USF C	54,7%	205,4%	27,0%	6,6%
USF D	53,8%	184,1%	22,8%	6,5%
USF E	54,9%	188,4%	25,7%	7,0%
USF F	55,6%	150,7%	22,3%	7,0%
USF G	54,9%	137,3%	23,2%	7,2%
TOTAL UCSP	54,4%	160,7%	22,7%	7,0%
TOTAL USF	55,0%	166,5%	23,9%	6,9%

Em seguida, foi analisada a distribuição dos utentes inscritos no ACES Lisboa Central pelas respetivas USF e UCSP, destacando também os utentes sem médico de família atribuído (tabela 2). É de destacar a elevada percentagem de utentes sem médico de família em algumas UCSP, já que apenas na UCSP B se verifica um valor ideal, sendo os restantes superiores a 17% de utentes sem médico de família atribuído, chegando mesmo a atingir quase metade da população abrangida pela UCSP D e E.

Interessa também destacar o maior número de utentes alocados às UCSP (tabela 2) onde, apesar de existirem um maior número de médicos e uma média de 1642 utentes por médico de família (contrastando com 1841 utentes por médico nas USF), há que destacar os 25,1% de utentes sem médico (cerca de 30 000 utentes) que também podem recorrer aos seus serviços. Face ao modelo característico das USF, apenas se encontram atribuídas a estas utentes com MF atribuído.

Tabela 2 – Caracterização da população abrangida por cada UCSP/USF, relativamente ao número de utentes, número de médicos por unidade, média de utentes por médico e percentagem de utentes abrangidos por MF
(in SIARS / RSLVT - Perfil de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo - 2012)

	Nº UTENTES	Nº MÉDICOS	MÉDIA UTENTES POR MF	% UTENTES COM MÉDICO DE FAMÍLIA (MF)	% UTENTES SEM MF	% UTENTES SEM MF POR OPÇÃO
UCSP A	42854	20	2142,7	76,9%	22,0%	1,0%
UCSP B	25819	15	1721,27	98,0%	1,3%	0,7%
UCSP C	26536	12	2211,33	81,9%	18,1%	0,0%
UCSP D	14911	5	2982,2	56,7%	43,1%	0,3%
UCSP E	18025	7	2575	57,4%	42,0%	0,6%
UCSP F	17451	8	2181,38	81,3%	17,6%	1,0%
UCSP G	13558	5	2711,6	68,0%	31,9%	0,2%
USF A	11022	6	1837	100,0%	0,0%	0,0%
USF B	15177	8	1897,13	100,0%	0,0%	0,0%
USF C	14968	8	1871	100,0%	0,0%	0,0%
USF D	8945	5	1789	100,0%	0,0%	0,0%
USF E	15344	8	1918	100,0%	0,0%	0,0%
USF F	6751	4	1687,75	100,0%	0,0%	0,0%
USF G	15088	8	1886	100,0%	0,0%	0,0%
TOTAL UCSP	159154	72	1642	74,3%	25,1%	0,5%
TOTAL USF	87295	47	1841	100,0%	0,0%	0,0%

Face a algumas das principais patologias que afetam a população portuguesa e consequentemente a sua procura de cuidados de saúde, importa mostrar a evolução da proporção de

utentes inscritos com esses mesmos problemas ativos. As morbilidades analisadas foram selecionadas com base na sua proporção nos utentes inscritos nos cuidados de saúde primários, conforme se poderá constatar em relatório referente ao ano 2013 da Administração Central do Sistema de Saúde, que destaca os problemas ativos mais frequentes a nível nacional, codificados pela ICPC-2³⁴ ((o aumento de valores prende-se com o aumento da sua prevalência mas também de um registo mais cuidado nos sistemas de informação). Em Outubro de 2014, através de dados obtidos através do SIARS são apresentados os seguintes valores, dos quais se destaca a hipertensão – 20,5%; alterações do metabolismo dos lípidos – 18,5%; diabetes mellitus - 7,37%; perturbação depressiva – 7,13%; abuso do tabaco – 8,2%. Optou-se por seleccionar também algumas das morbilidades com maior intervenção junto dos programas da Direção Geral de Saúde³⁵, nomeadamente relacionadas com doenças pulmonares (Doença pulmonar obstrutiva crónica – 1,1%; Rinite alérgica – 2,88%; Asma - 2,03%), síndrome metabólica (Obesidade – 5,5%; Excesso de peso – 3,9%), doenças mentais (Distúrbio ansioso – 4,93%) e doenças sexualmente transmissíveis (Infecção VIH/SIDA – 0,12%). É de salientar que a cerca de 2% de prevalência equivalem cerca de 200 000 casos, o que demonstra o impacto que estas mesmas patologias podem ter na sociedade. Nas páginas seguintes é feito o ponto de situação relativamente a estes diagnósticos no ACES Lisboa Central, através de dados relativos a Outubro de 2014, diferenciando-os entre UCSP (cMF e sMF) e USF, já que a maior prevalência de determinadas patologias em utentes de determinadas unidades (gráficos 1 e 2) poderá condicionar um acesso mais frequente à consulta.

Gráfico 1 – Média ponderada da proporção de utentes com as morbilidades seleccionadas para estudo, separadas por UCSP (cMF, sMF e global) e USF, assim como valores globais de utentes (tabela)

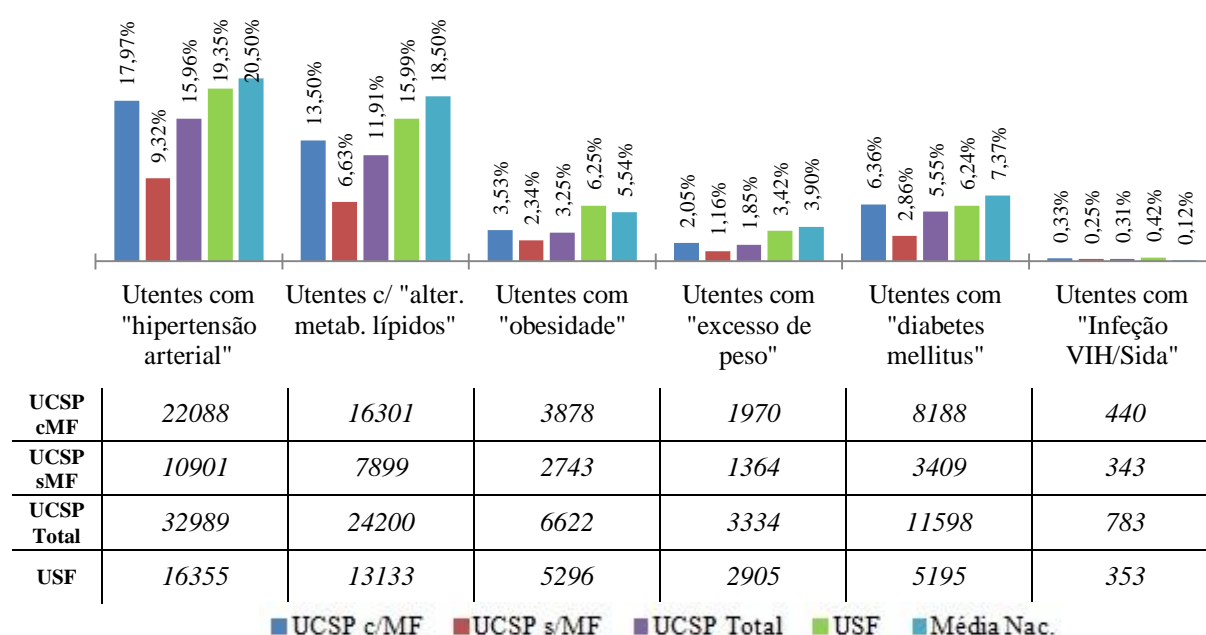
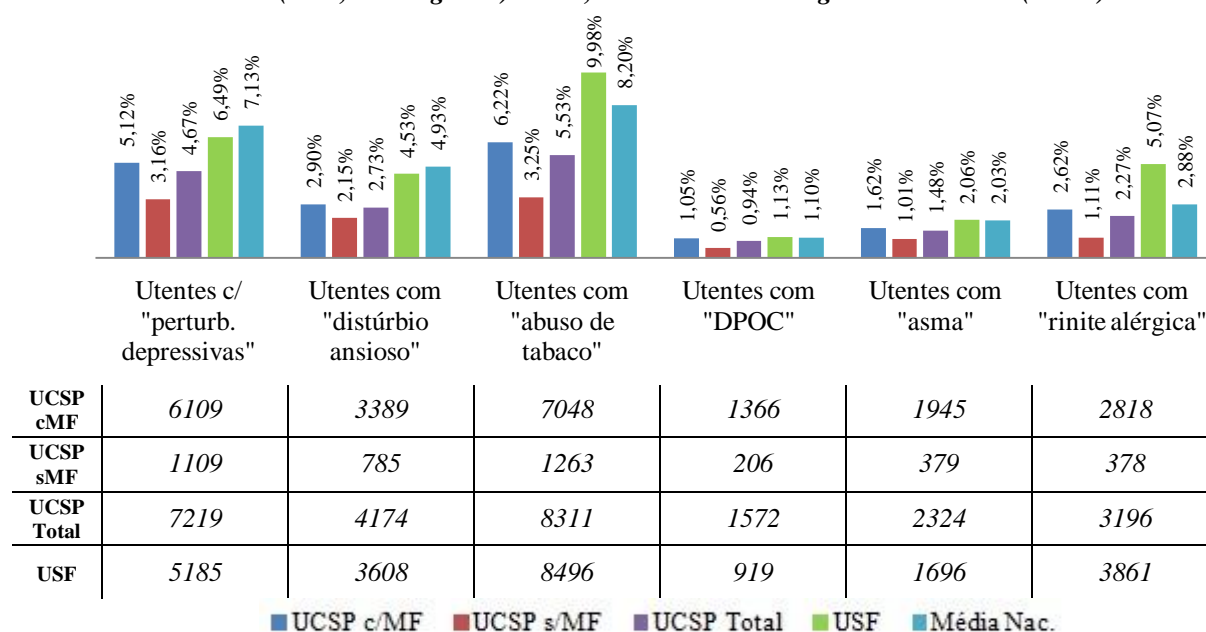


Gráfico 2 – Média ponderada da proporção de utentes com as morbilidades selecionadas para estudo, separadas por UCSP (cMF, sMF e global) e USF, assim como valores globais de utentes (tabela)



Na análise das principais patologias estas foram agrupadas por grupos lógicos e não de acordo com a sua prevalência estrita, permitindo uma correlação clínica das mesmas. Em praticamente todas as patologias se verifica uma proporção superior de casos nas USF, destacando os registos de utentes com obesidade e abuso de tabaco.

Apenas a proporção de utentes com diabetes mellitus é superior nas UCSP, comparando com as USF, nomeadamente sob o acompanhamento de um médico de família. Interessa referir que todos os registos efetuados em UCSP, de utentes sem médico de família atribuído, são inferiores aos restantes, tanto a nível global como proporcionalmente.

Sendo os valores apresentados nos gráficos 1 e 2 correspondentes à média ponderada dos valores das várias unidades de saúde, é de destacar que estes se encontram abaixo da média nacional, com a exceção dos seguintes: abuso de tabaco (registo muito superior em USF); doenças pulmonar obstrutiva crónica (ligeiramente superior em UCSP-cMF e USF); rinite alérgica (superior em USF); asma (idêntica em USF); obesidade (superior em USF); e infeção por VIH/SIDA (superior em todas as unidades funcionais).

Com o panorama geral e respetivas exceções assinaladas, segue-se uma análise de cada patologia específica, distribuída por unidade de saúde, incluindo a média ponderada para UCSP (como unidade funcional, incluindo utentes com e sem MF) e USF, para uma melhor análise.

Gráfico 3 – Proporção de utentes com hipertensão arterial (barras) e valores absolutos (tabela) – ICPC-2 K86 e K87

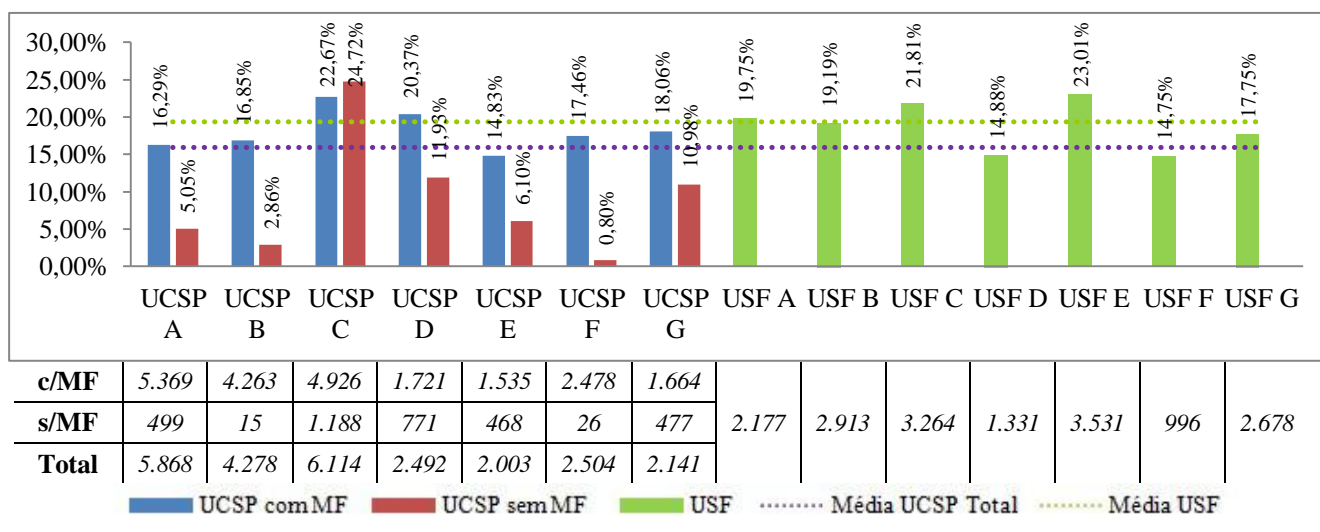


Gráfico 4 – Proporção de utentes com alterações do metabolismo dos lípidos (barras) e valores absolutos (tabela) – ICPC-2 T93

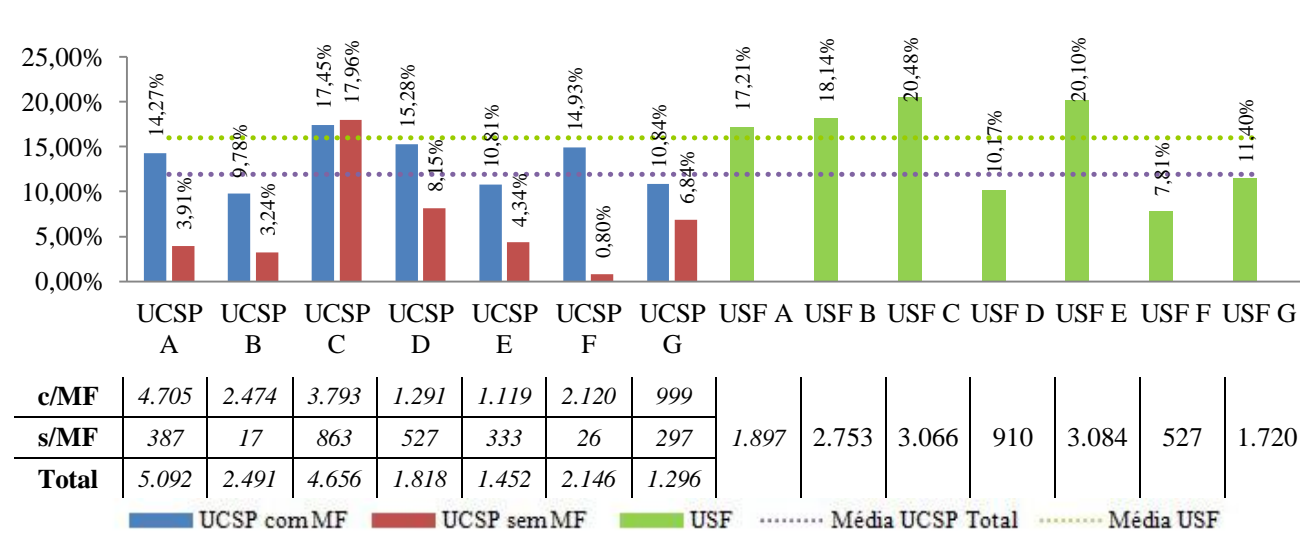


Gráfico 5 – Proporção de utentes com obesidade (barras) e valores absolutos (tabela) – ICPC-2 T82

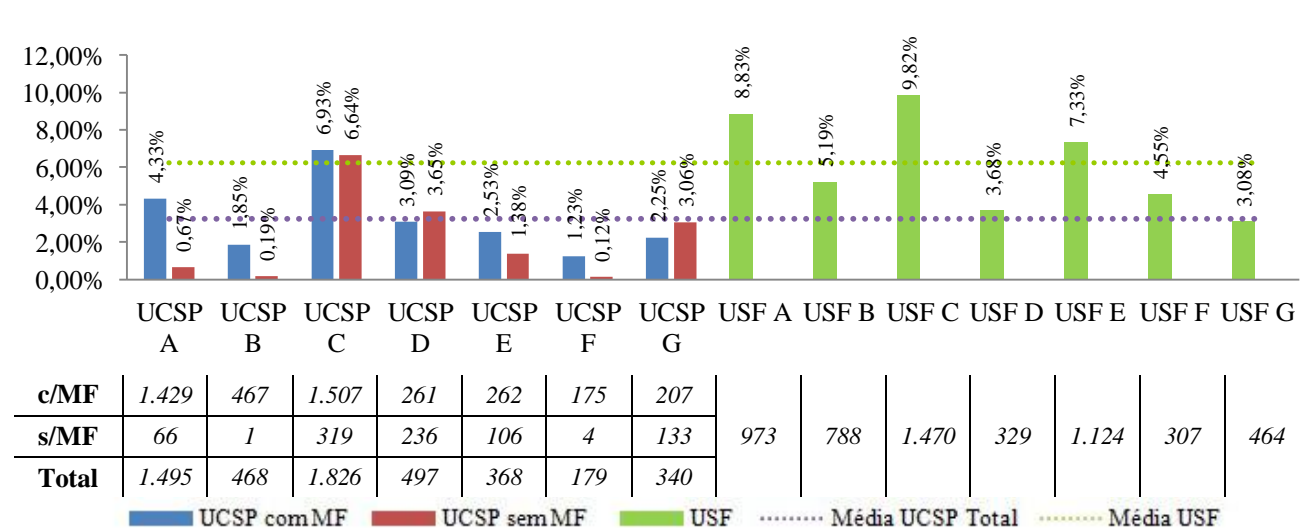


Gráfico 6 – Proporção de utentes com excesso de peso (barras) e valores absolutos (tabela) – ICPC-2 T83

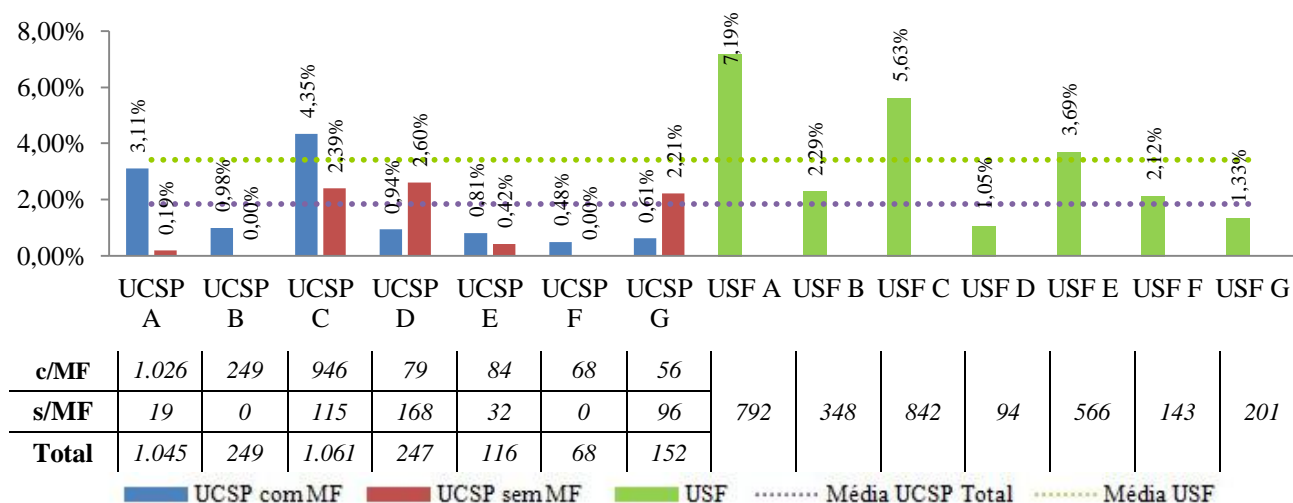


Gráfico 7 – Proporção de utentes com diabetes mellitus (barras) e valores absolutos (tabela) – ICPC-2 T90, T89 e T99

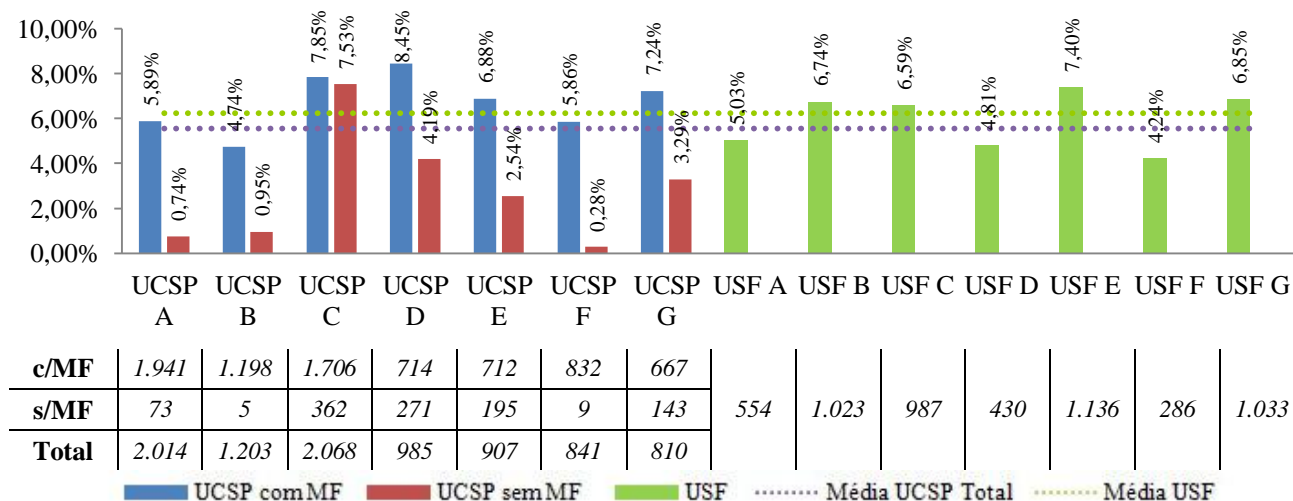


Gráfico 8 – Proporção de doentes com infeção VIH/SIDA (barras) e valores absolutos (tabela) – ICPC-2 B90

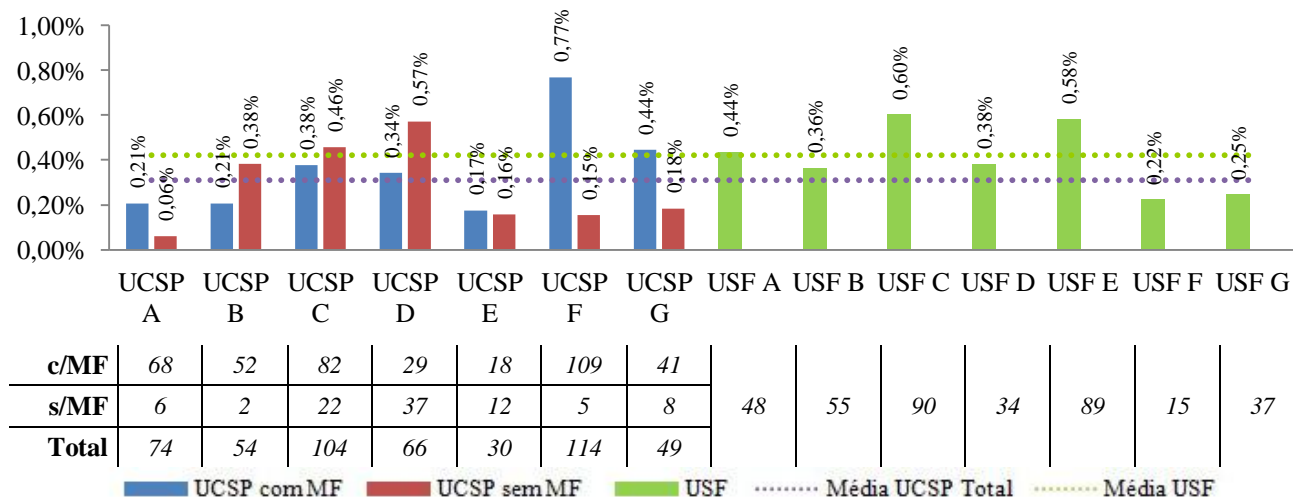


Gráfico 9 – Proporção de utentes com perturbações depressivas (barras) e valores absolutos (tabela) – ICPC-2 P76

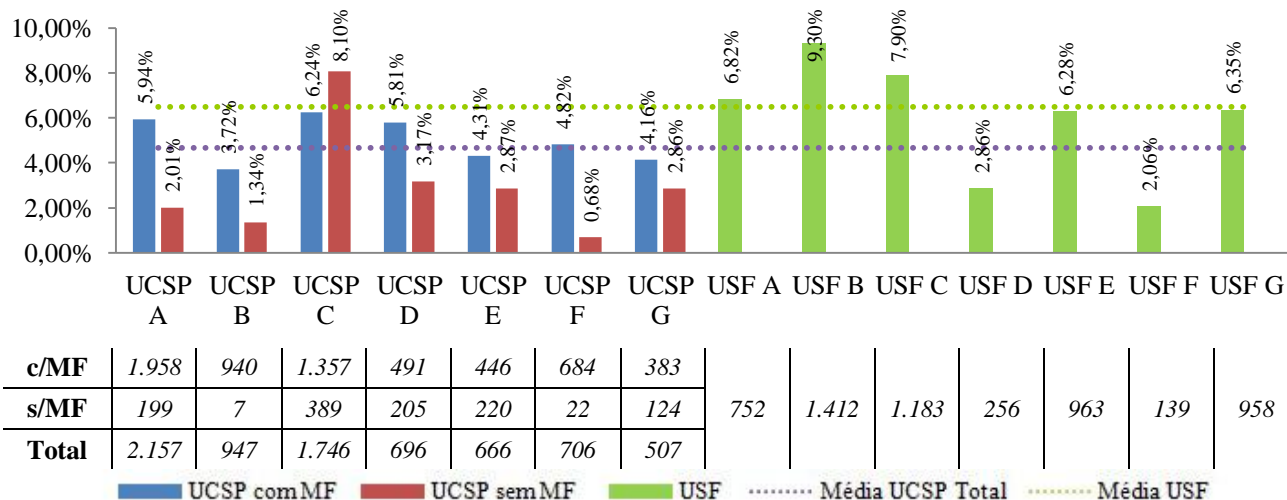


Gráfico 10 – Proporção de utentes com distúrbio ansioso (barras) e valores absolutos (tabela) – ICPC-2 P74

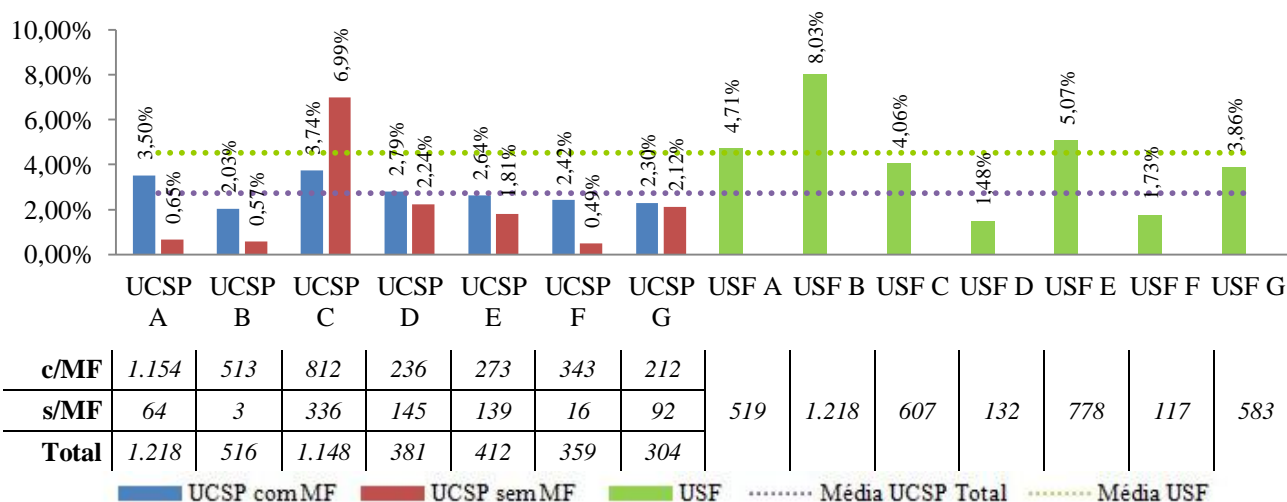


Gráfico 11 – Proporção de utentes com consumo abusivo de tabaco (barras) e valores absolutos (tabela) – ICPC-2 P17

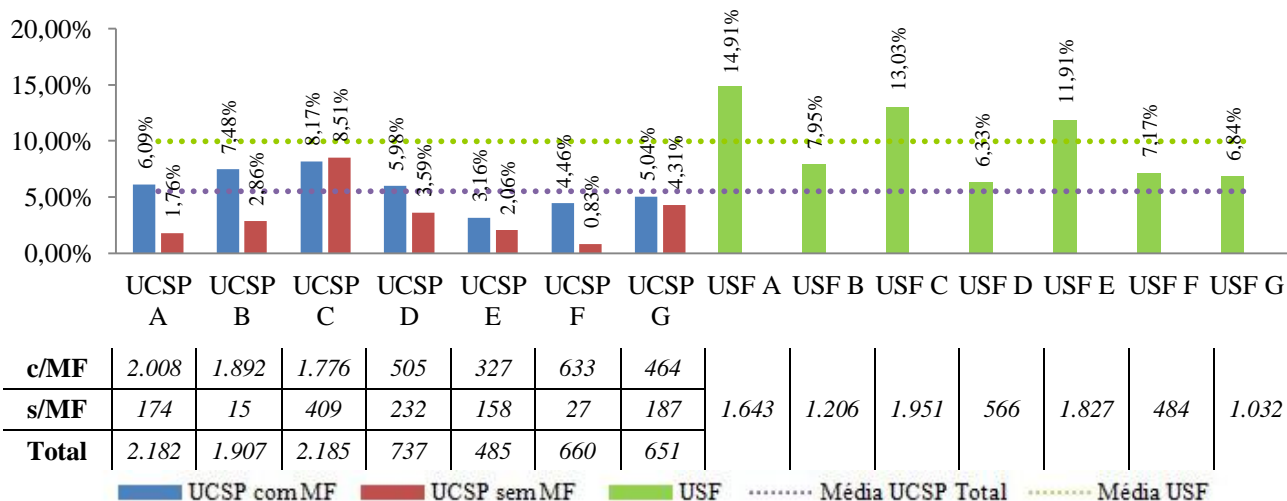


Gráfico 12 – Proporção de utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (barras) e valores absolutos (tabela) – ICPC-2 R95

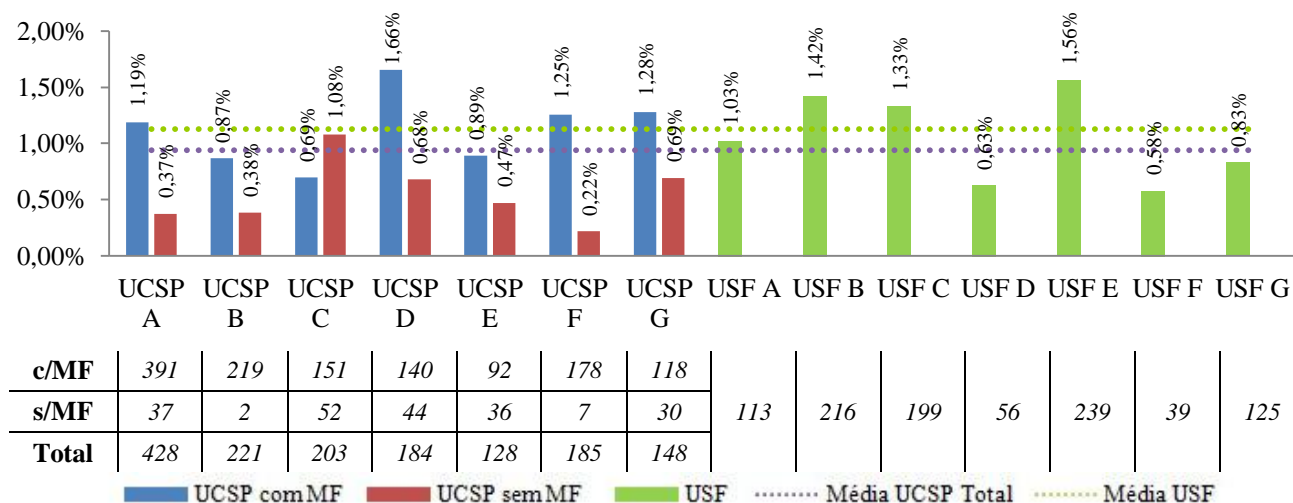


Gráfico 13 – Proporção de utentes com asma (barras) e valores absolutos (tabela) – ICPC-2 R96

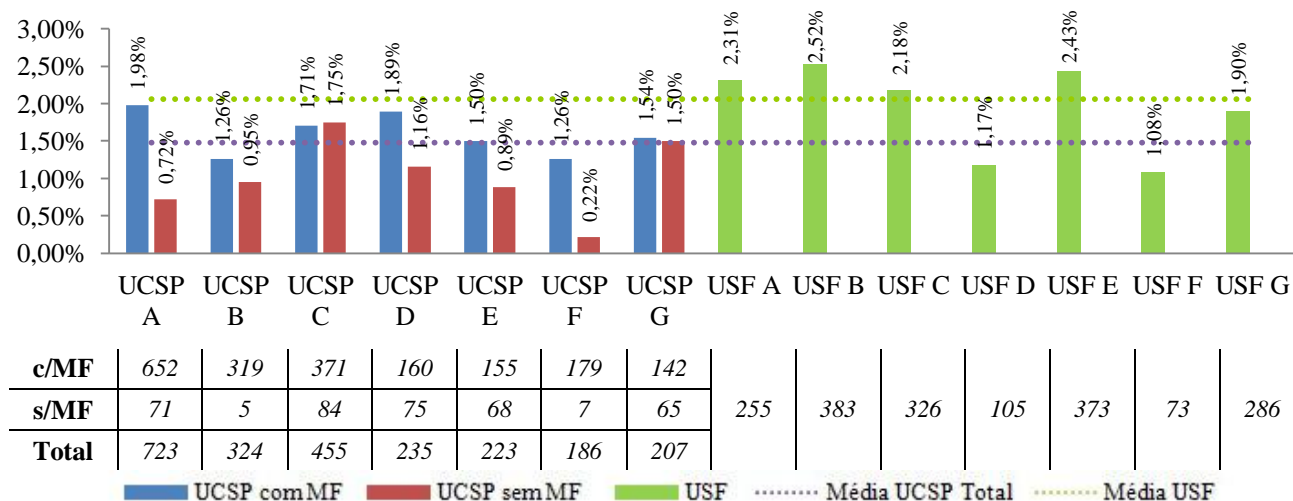
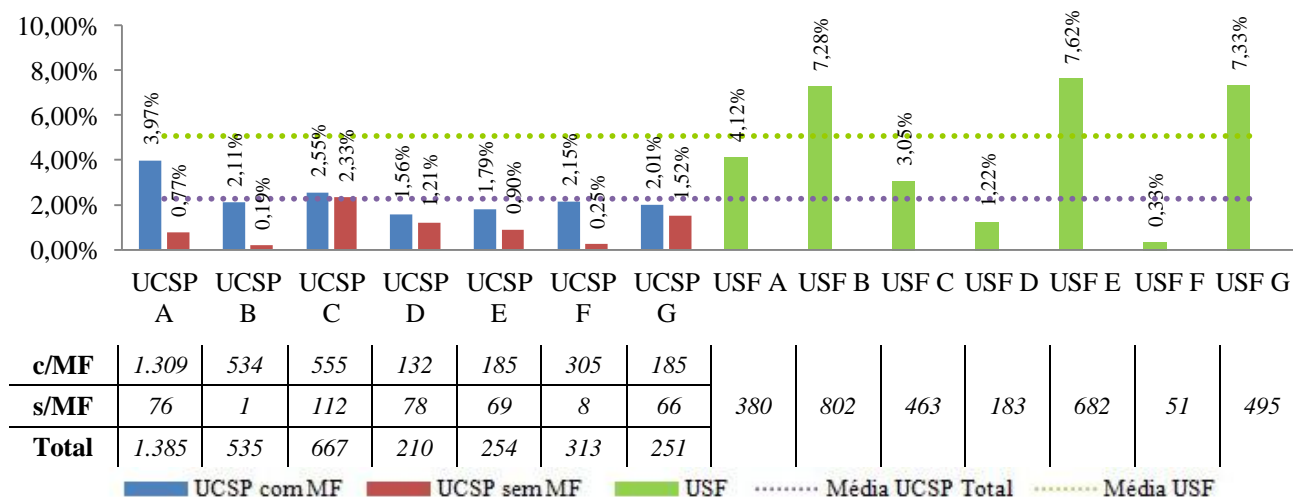


Gráfico 14 – Proporção de doentes com rinite alérgica (barras) e valores absolutos (tabela) – ICPC-2 R97



A partir dos gráficos anteriormente apresentados é possível verificar várias diferenças entre a proporção das patologias nas diferentes unidades de saúde. Relativamente aos números globais apresentados, verifica-se que estes são superiores na globalidade dos indicadores nas UCSP, uma vez que estas abrangem um maior número de utentes, ainda que a sua proporção se possa assemelhar às das USF. Este facto torna-se relevante, uma vez que uma oscilação de valores referente às UCSP afeta, naturalmente, um maior número de utentes.

Verifica-se que as UCSP A, B e F apresentam na sua generalidade valores referentes a utentes sem médico de família muito inferiores às unidades (cerca de 3-4 vezes), contrastando, por exemplo, com a UCSP C onde os valores relacionados com utentes sem médico de família se aproximam ou ultrapassam os valores registados nos utentes com médico de família. As UCSP D, E e G apresentam valores semelhantes. Na sua generalidade, as unidades apresentam valores de referência inferiores ao padrão nacional (gráfico 1 e 2), conforme referido anteriormente. Algumas unidades destacam-se por apresentarem valores superiores, como se pode observar na tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização das unidades com prevalência de patologias superior à média nacional.

Patologia	Unidades
Hipertensão arterial	UCSP C – cMF (+2,17%); UCSP C – sMF (+4,22%). USF C (+1,31%)
Alterações do metabolismo dos lípidos	USF C (+1,98%); USF E (+1,6%).
Obesidade	UCSP C – cMF (+1,39%); UCSP C – sMF (+1,1%). USF A (+3,29%); USF C (+4,28%); USF E (+1,79%).
Excesso de peso	UCSP C – cMF (+0,45%). USF A (+3,29%); USF C (+1,73%).
Diabetes mellitus	UCSP C – cMF (+0,48%); UCSP C – sMF (+0,16%). USF E (+0,03%).
Perturbações depressivas	UCSP C – sMF (+0,97%). USF B (+2,17%); USF C (+0,77%).
Distúrbio ansioso	UCSP C – sMF (+2,06%). USF B (+3,1%); USF E (+0,14%).
Consumo abusivo de tabaco	UCSP C – sMF (+0,31%). USF A (+6,71%); USF C (+4,83%); USF E (+3,71%).
DPOC	UCSP A – cMF (+0,09%); UCSP D – cMF (+0,56%); UCSP F – cMF (+0,15%); UCSP G – cMF (+0,18%). USF B (+0,32%); USF C (+0,23%); USF E (+0,46%).
Asma	USF A (+0,28%); USF B (+0,49%); USF C (+0,15%); USF E (+0,40%).
Rinite Alérgica	UCSP A – cMF (+1,09%). USF A (+1,24%); USF B (+4,4%); USF C (+0,17%); USF E (+4,74%); USF G (+4,45%).

Por outro lado, as USF D e F apresentam, em alguns casos, valores muito inferiores à média. De destacar o número de casos de VIH/SIDA, que ultrapassa a média nacional em todas as unidades.

2.2.2. Escolha dos indicadores em estudo

As populações estão sujeitas a vários fatores que “*produzem, causam, influenciam, condicionam ou explicam*” o seu estado de saúde. Não existindo uma relação causal direta, estes fatores assumem-se como determinantes da saúde, sendo integrados em várias áreas de estudo, entre as quais o acesso aos cuidados de saúde.⁵ O Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro, que cria os Agrupamentos de Centros de Saúde referencia as áreas sobre as quais deve incidir a monitorização e avaliação das UCSP, nomeadamente a disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação. São, portanto, semelhantes aos indicadores de avaliação a que também as USF são sujeitas.

Partindo do pressuposto de avaliar o impacto das USF e UCSP junto da população de uma maneira global (e uma vez que o acesso aos cuidados de saúde é também influenciado por demais fatores, como de resto é evidente no modelo conceptual dos determinantes em saúde, na figura 1, na página 6) foram selecionados os seguintes indicadores de contratualização externa de âmbito nacional e regional, correspondentes a várias áreas presentes na *Metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários no ano de 2015*³⁴, permitindo uma avaliação transversal do acesso e do desempenho dos serviços (também ele exercendo uma influência no acesso, indiretamente) entre as várias unidades de saúde:

Tabela 4 – Indicadores de contratualização para os cuidados de saúde primários, a serem utilizados em 2015

Tipo	Área	Âmbito	Nome
Acesso	Transversal	Nacional	<i>Taxa de utilização de consultas médicas – 3 anos</i>
Acesso	Transversal	Nacional	<i>Taxa de domicílios enfermagem por 1000 inscritos</i>
Eficiência	Transversal	Nacional	<i>Proporção medicamentos prescritos genéricos</i>
Desempenho Assistencial	Transversal	Nacional	<i>Proporção utentes >= 14ª, com hábitos tabágicos</i>
Desempenho Assistencial	Transversal	Nacional	<i>Proporção consulta médic. presenc. com ICPC-2</i>
Desempenho Assistencial	SM/PF	Nacional	<i>Índice acompanhamento adequado em PF, nas MIF</i>
Desempenho Assistencial	S. Infantil Juvenil	Nacional	<i>Proporção de <14A, com cons. médi. vig. e PNV</i>
Desempenho Assistencial	S. Mental	Nacional	<i>Proporção idosos s/ ansiolít., sedat., hipnóticos</i>
Desempenho Assistencial	DCV	Nacional	<i>Proporção de utentes com hipertensão arterial, idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150-90 mmHg</i>
Desempenho Assistencial	Diabetes	Nacional	<i>Proporção de utentes com diabetes, com o último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8,0%</i>
Desempenho Assistencial	Neoplasias	Regional	<i>Proporção de utentes com idade entre 50-75 anos, com rastreio de cancro do cólon e reto efetuados</i>
Desempenho Assistencial	Neoplasias	Regional	<i>Proporção de mulheres entre 25-60 anos, com colpocitologia nos últimos 3 anos</i>
Eficiência	Transversal	Nacional	<i>Despesa medicamentos faturados, por utilizador</i>
Eficiência	Transversal	Nacional	<i>Despesa MCDT faturados, por utilizador</i>

Os dados em análise foram obtidos a 15 de Abril de 2015, através do programa SIARS (Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde), correspondendo ao período anual de 2014 (Janeiro a Dezembro).

Assim, não se trata de uma medição direta do acesso aos cuidados de saúde primários, mas também da consideração e avaliação de outros fatores determinantes relacionados com o processo de prestação de cuidados e os *outcomes* que estes produzem na vida dos utentes, mais especificamente no acompanhamento do seu estado de saúde.

Salienta-se que apesar desta Medicina Baseada em Indicadores²⁷, é fundamental tornar esta análise o mais transparente e abrangente possível tendo em conta a prevalência dos problemas de saúde que afetam a população³², havendo o cuidado de não excluir pessoas não incluídas nos denominadores, salvaguardando assim quaisquer questões éticas ou conflitos de interesses,³⁶ e chamando a atenção para a grande variação a que estes critérios estão sujeitos em função da população em estudo e dos meios de medição.¹⁴

2.2.3. Descrição da metodologia de análise de dados

Foi efetuado, numa primeira instância, o levantamento dos indicadores de âmbito nacional de contratualização externa dos ACES, dada a sua disponibilidade nas várias unidades de saúde, permitindo assim uma comparação legítima com base nos mesmos critérios. Como foi possível constatar pela elaboração da contextualização no tema, a análise do acesso aos cuidados de saúde carece de estudos mais aprofundados, capazes de examinar várias vertentes cujos registos não se encontram aplicados transversalmente a todas as unidades.

Optou-se por utilizar todos os indicadores disponíveis neste aspeto, como forma de privilegiar uma abordagem transversal e mais completa do estudo, já que a dimensão do acesso aos cuidados de saúde se encontra interligada com as demais dimensões em análise – permitindo assim avaliar quais as unidades de saúde, não só com melhores índices de acesso, mas também com melhores índices de acompanhamento dos utentes, fatores que apesar de distintos, se influenciam mutuamente.

Numa segunda instância, foi efetuada uma caracterização geral da população em estudo, correspondente aos utentes abrangidos pelo ACES Lisboa Central, considerando a sua idade, sexo e principais patologias ativas, de acordo com a tabela de prevalências destas nos últimos três anos,

presente no documento *Metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários no ano de 2015*³⁴, conforme desenvolvido a partir da página 13.

Importa fazer esta caracterização prévia, já que o estado de saúde da população e o seu envelhecimento pode condicionar um maior acesso aos serviços prestadores de cuidados de saúde.

Por último, os dados relativos aos indicadores de âmbito nacional de contratualização externa dos ACES, correspondentes ao ano de 2014, foram analisados através do programa Microsoft Excel, sendo apresentados separados entre valores referentes a USF e a UCSP, salientando também a dicotomia entre utentes com e sem médico de família atribuído. Optou-se por utilizar como principais índices avaliativos, para além das taxas de inclusão nos critérios e proporções, uma comparação mais estreita entre a atividade de USF e UCSP através do *odds ratio* (OR) – o que nos permite associar a utilização de determinados serviços de saúde a alguns dos resultados obtidos, avaliando a relação destes num contexto mais global³⁷, esclarecendo quão forte esta poderá ser. Por fim, foi ainda realizada uma análise gráfica comparativa entre as várias USF e UCSP, para os vários indicadores em estudo, permitindo uma comparação mais evidente entre a atividade das mesmas. De salientar que as variações dos valores poderão estar sempre sujeitas a nuances da população abrangida, assim como a medidas de registo de dados, ordenamento do território, transportes públicos, rendimentos, entre outros fatores não considerados no presente estudo.

3. RESULTADOS

3.1. Apresentação dos resultados

Os resultados obtidos serão apresentados separadamente, por indicador em estudo, salientando a diferença entre os valores obtidos em UCSP (com e sem médico de família) e USF, tanto proporcionalmente como a nível absoluto. Optou-se por também considerar um valor global para as UCSP, no sentido de permitir avaliar a unidade funcional como um todo.

Verifica-se uma tendência para valores inferiores relativamente aos utentes de UCSP, sem médico de família. Por outro lado, na generalidade dos indicadores as USF apresentam resultados superiores às UCSP (para utentes com e sem médico de família), como se poderá constatar na análise feita em seguida. Foi também considerada a média nacional dos indicadores em estudo.

Comparando as várias unidades de saúde é possível também constatar que a UCSP C (e a UCSP D em menor escala) se aproxima ou ultrapassa mesmo os valores obtidos pelas USF. Nos gráficos foram incluídas as médias ponderadas de UCSP (no seu global) e USF, permitindo uma comparação das várias unidades face ao panorama geral. Na discussão serão interpretadas os diferentes resultados entre as várias unidades.

Foram também calculadas as relações entre as médias ponderadas dos vários indicadores correspondentes a UCSP com médico de família (UCSP-cMF), UCSP sem médico de família (UCSP-sMF), UCSP no global (UCSP-Total) e USF, permitindo assim uma relação mais evidente da diferença de valores entre os vários tipos de unidades, através de uma tabela com os respetivos *odds ratio*.

Taxa de utilização de consultas médicas – 3 anos

Gráfico 15 – Média ponderada da taxa de utilização de consultas médicas a 3 anos, separadas por UCSP (cMF, sMF e global) e USF (à esquerda), assim como valores globais de utentes (à direita)

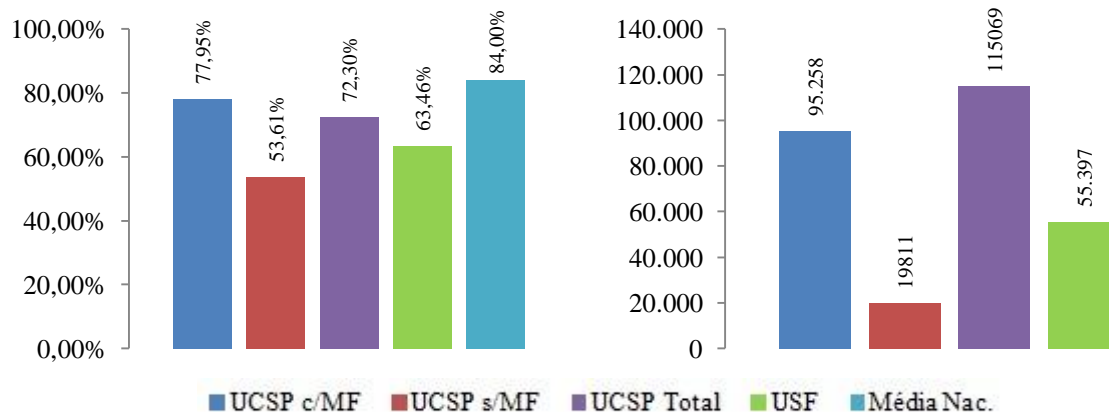
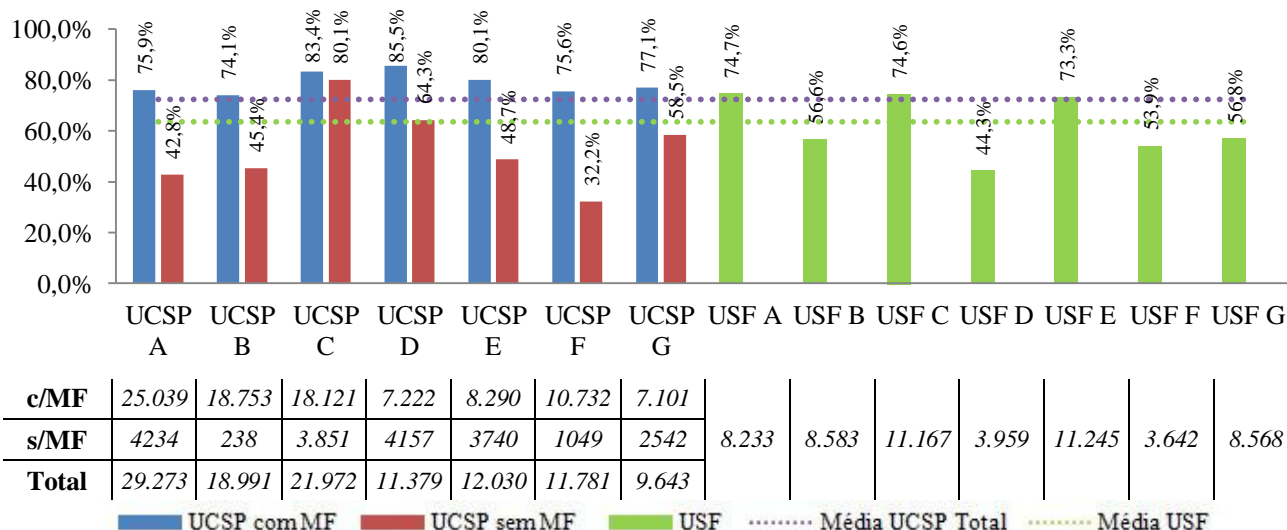


Tabela 5 – Odds ratio entre a média da taxa de utilização de consultas médicas a 3 anos, por UCSP (cMF, sMF e global) e USF

OR	UCSP-cMF	UCSP-sMF	UCSP-Total	USF
UCSP-cMF		3,06	1,35	2,04
UCSP-sMF	0,33		0,44	0,67
UCSP-Total	0,74	2,26		1,50
USF	0,49	1,50	0,67	

Gráfico 16 – Taxa de utilização de consultas médicas a 3 anos (barras) e valores absolutos (tabela)



Verifica-se uma maior taxa de utilização de consultas médicas pelos utentes cMF nas UCSP, comparativamente aos restantes, sendo o valor mais baixo correspondente aos utentes sMF. Interessa constatar que existem 115 069 utentes com pelo menos uma consulta nos últimos 3 anos, nas UCSP, face a 55 397 nas USF, totalizando 170 466 utentes que estiveram em pelo menos uma consulta entre 2012 e 2014, no ACES.

Taxa de domicílios de enfermagem por 1000 inscritos

Gráfico 17 – Média ponderada da taxa de domicílios de enfermagem por 1000 inscritos, separadas por UCSP (cMF, sMF e global) e USF (à esquerda), assim como valores globais de domicílios (à direita)

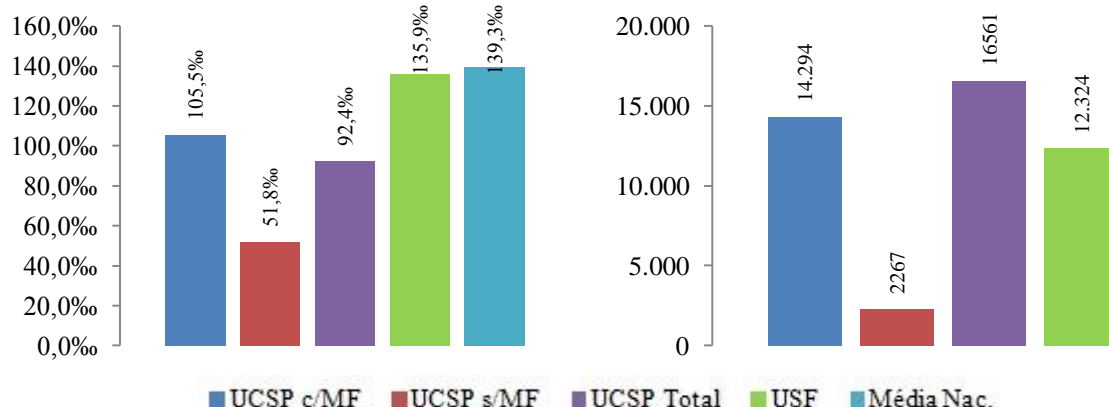
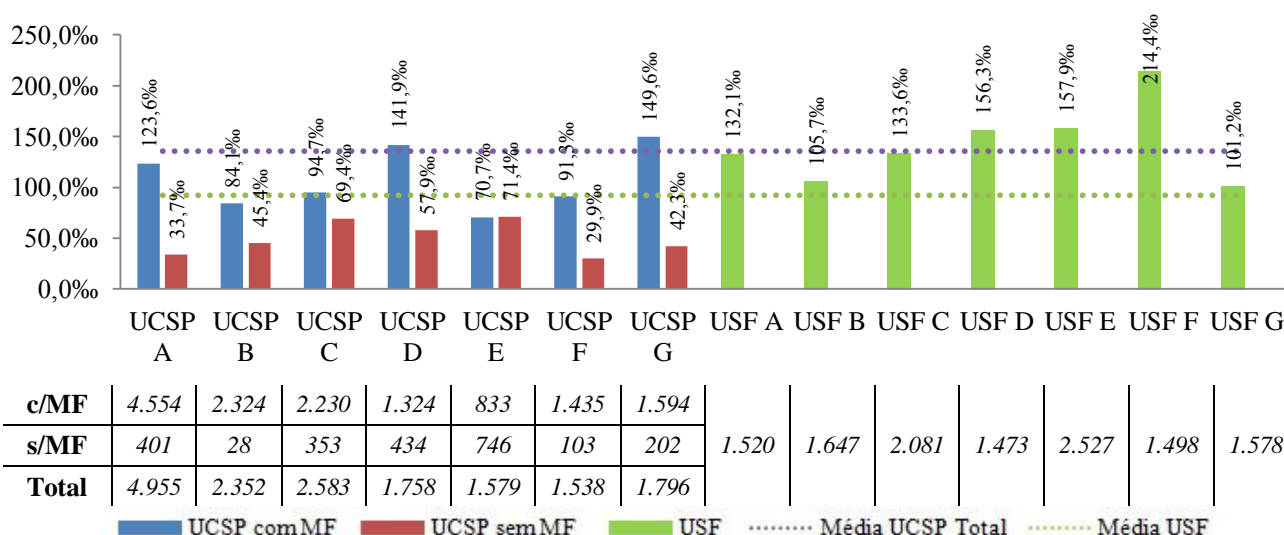


Tabela 6 – Odds ratio entre a média da taxa de domicílios de enfermagem por 1000 inscritos, por UCSP-cMF, UCSP-sMF, UCSP-Total e USF

OR	UCSP-cMF	UCSP-sMF	UCSP-Total	USF
UCSP-cMF		2,16	1,16	0,75
UCSP-sMF	0,46		0,54	0,35
UCSP-Total	0,86	1,86		0,65
USF	1,33	2,88	1,55	

Gráfico 18 – Taxa de domicílios de enfermagem por 1000 inscritos (barras) e valores absolutos (tabela)



As USF apresentam uma taxa de domicílios de enfermagem superior às restantes tipologias de unidade, destacando-se um reduzido número de domicílios efetuados no contexto de utentes sem médico de família. As UCSP A, D e G, no caso dos utentes com MF, apresentam valores próximos da média das USF. Nas USF destaca-se positivamente a taxa de 21,4% da unidade F.

Proporção de medicamentos prescritos, que são genéricos

Gráfico 19 – Média ponderada da proporção de medicamentos prescritos, que são genéricos, separadas por UCSP (cMF, sMF e global) e USF (à esquerda), assim como valores globais de utentes (à direita)

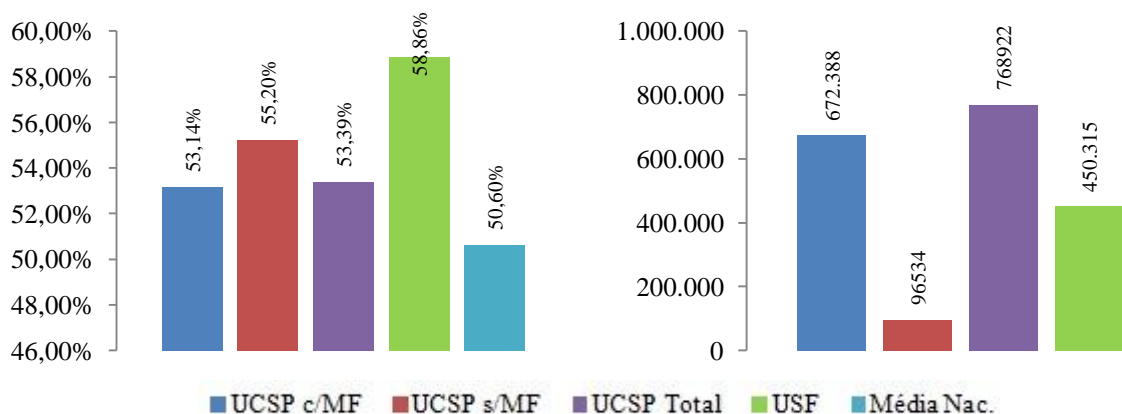
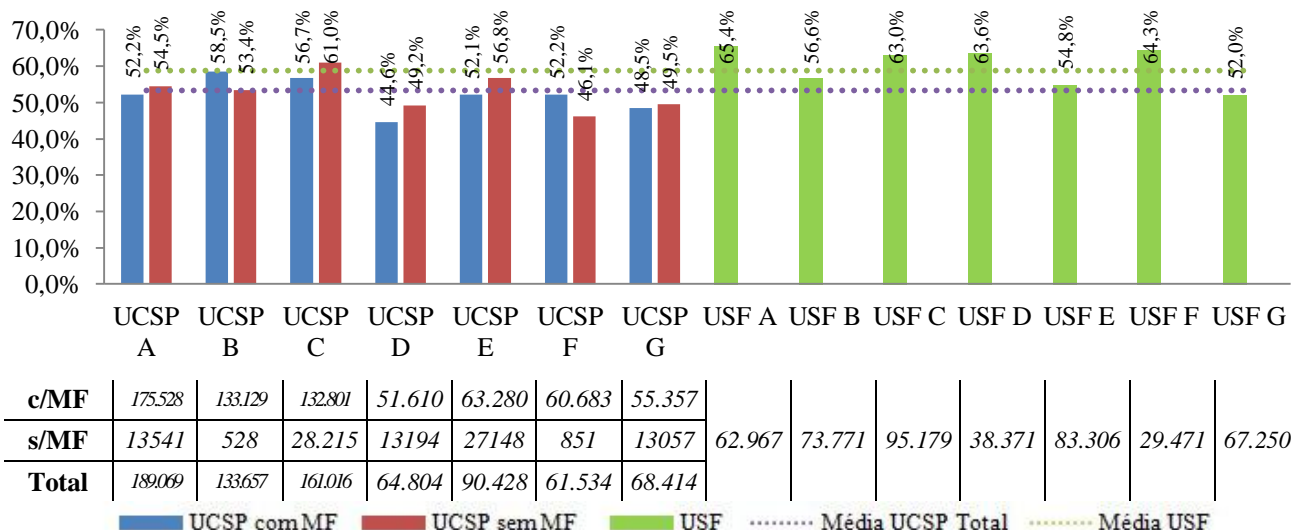


Tabela 7 – Odds ratio entre a média da proporção de medicamentos prescritos, que são genéricos, por UCSP-cMF, UCSP-sMF, UCSP-Total e USF

OR	UCSP-cMF	UCSP-sMF	UCSP-Total	USF
UCSP-cMF		0,92	0,99	0,79
UCSP-sMF	1,09		1,08	0,86
UCSP-Total	1,01	0,93		0,80
USF	1,26	1,16	1,25	

Gráfico 20 – Proporção de medicamentos prescritos, que são genéricos (barras) e valores absolutos (tabela)



Verifica-se que mais de metade dos medicamentos prescritos são genéricos, havendo diferenças ligeiras entre as unidades do mesmo tipo. Nota-se uma proporção superior das USF em cerca de 5%, comparativamente às UCSP-cMF. É interessante constatar uma taxa superior de prescrição de genéricos das UCSP-sMF face às UCSP-cMF.

Proporção de utentes com mais de 14 anos, com registo de hábitos tabágicos

Gráfico 21 – Média ponderada da proporção de utentes com mais de 14 anos, com registo de hábitos tabágicos, separadas por UCSP (cMF, sMF e global) e USF (à esquerda), assim como valores globais de utentes (à direita)

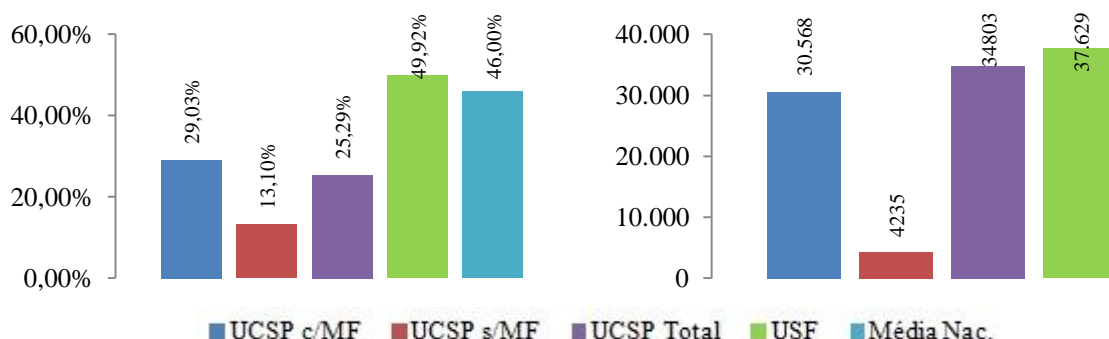
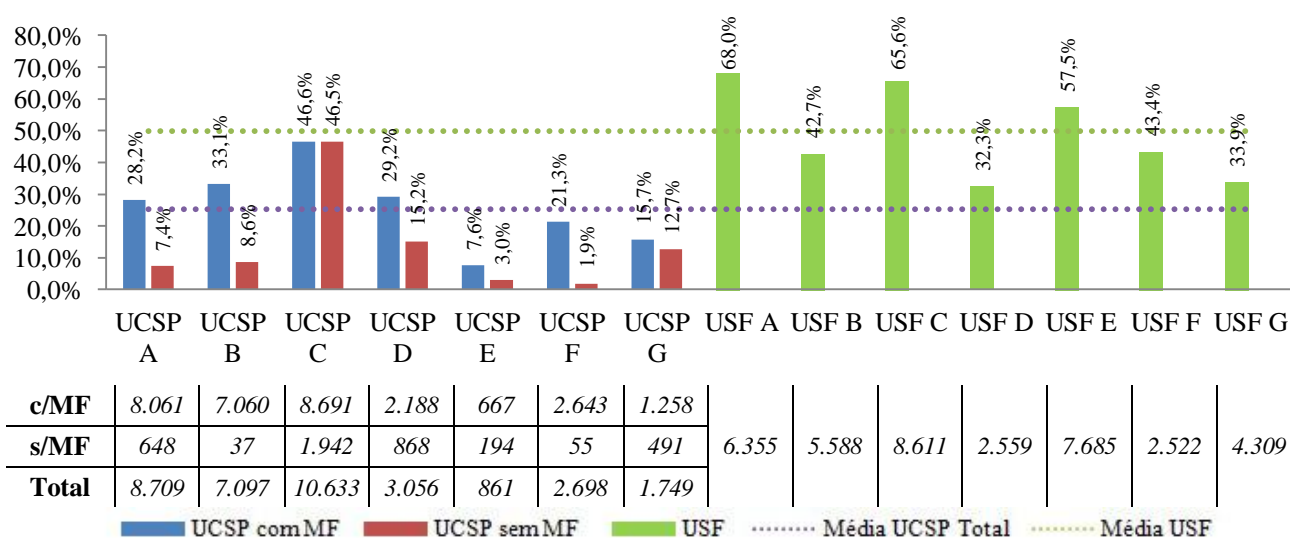


Tabela 8 – Odds ratio entre a média da proporção de utentes com mais de 14 anos, com registo de hábitos tabágicos, por UCSP-cMF, UCSP-sMF, UCSP-Total e USF

OR	UCSP-cMF	UCSP-sMF	UCSP-Total	USF
UCSP-cMF		2,71	1,21	0,41
UCSP-sMF	0,37		0,45	0,15
UCSP-Total	0,83	2,25		0,34
USF	2,44	6,61	2,95	

Gráfico 22 – Proporção de utentes com mais de 14 anos, com registo de hábitos tabágicos (barras) e valores absolutos (tabela)



É de salientar a grande diferença existente entre USF e UCSP no registo dos hábitos tabágicos de utentes com mais de 14 anos, com cerca de 50% destes utentes de USF a apresentarem um registo atualizado. A UCSP C é a que mais se aproxima destes valores (46,6% cMF). Por outro lado, há um reduzido acompanhamento dos utentes sem médico de família, com registos de apenas 13,1% dos utentes. A diferença acentua-se quando se compara os resultados das USF com os de utentes sMF, apresentando uma forte relação positiva.

Proporção de consultas médicas presenciais, com preenchimento de ICPC-2

Gráfico 23 – Média ponderada da proporção de consultas médicas presenciais, com preenchimento de ICPC-2, separadas por UCSP (c/MF, s/MF e global) e USF (à esquerda), assim como valores globais de utentes (à direita)

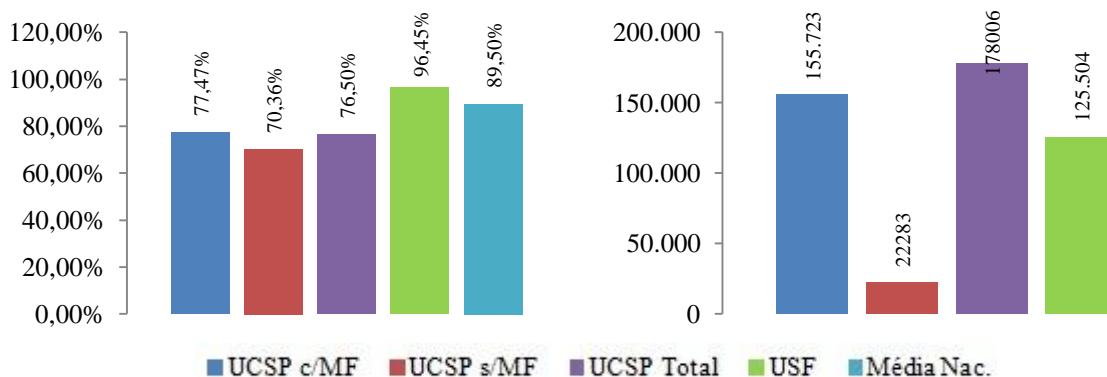
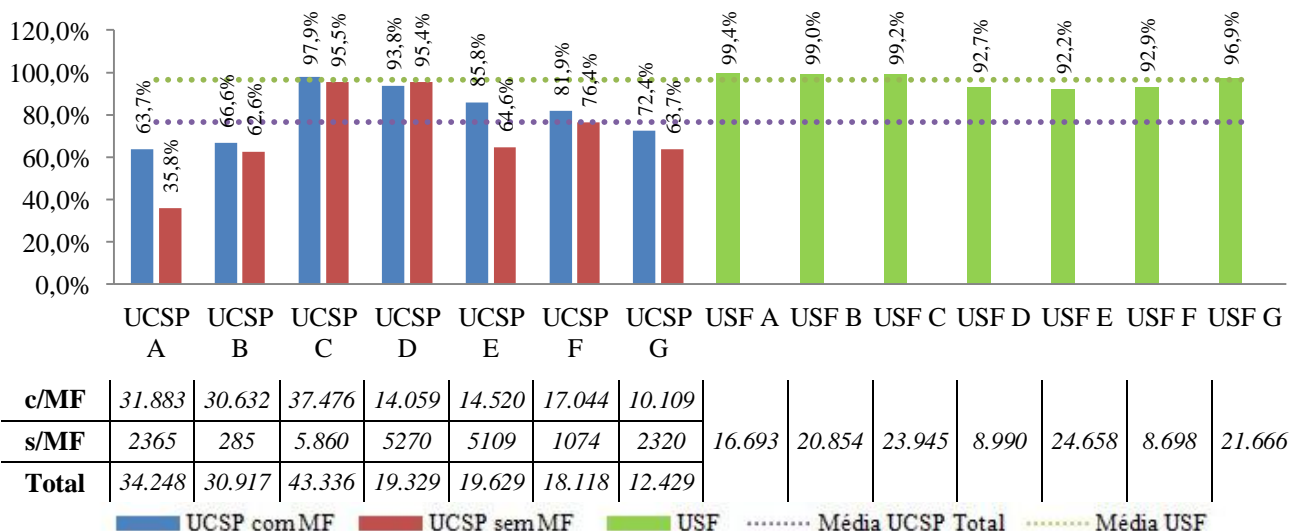


Tabela 9 – Odds ratio entre a média da proporção de consultas médicas presenciais, com preenchimento de ICPC-2, por UCSP-c/MF, UCSP-s/MF, UCSP-Total e USF

OR	UCSP-c/MF	UCSP-s/MF	UCSP-Total	USF
UCSP-c/MF		1,45	1,06	0,13
UCSP-s/MF	0,69		0,73	0,09
UCSP-Total	0,95	1,37		0,12
USF	7,89	11,43	8,34	

Gráfico 24 – Proporção de consultas médicas presenciais, com preenchimento de ICPC-2 (barras) e valores absolutos (tabela)



Nas USF é notória uma atenção redobrada no preenchimento do ICPC-2, com valores próximos dos 100% e uma forte relação positiva face às restantes unidades. Já nas UCSP destacam-se as unidades C e D, com valores semelhantes, ao passo que as restantes variam entre os 35,8% (UCSP-s/MF A) e 85,8% (UCSP-c/MF E). Os utentes sem médico de família apresentam valores inferiores aos restantes, sobretudo na UCSP A (35,80%).

Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento de Planeamento Familiar

Gráfico 25 – Média ponderada da proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento de Planeamento Familiar (PF), separadas por UCSP (cMF, sMF e Total) e USF (à esquerda), assim como valores globais de utentes (à direita)

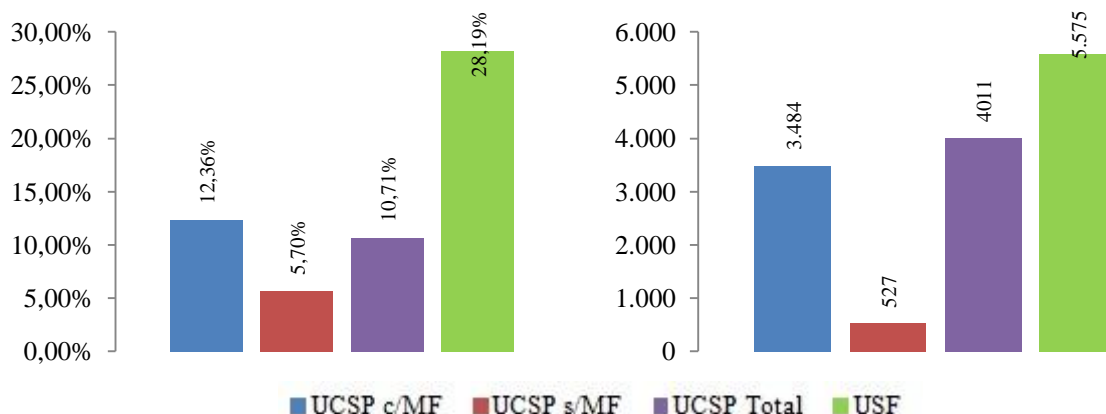
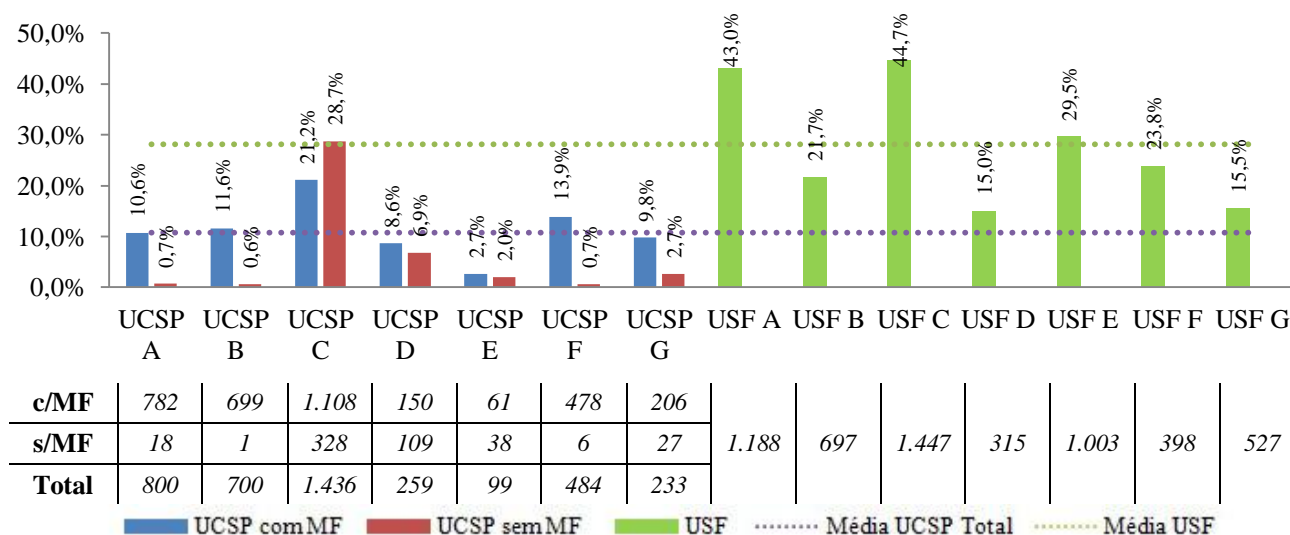


Tabela 10 – Odds ratio entre a média da proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento de PF, por UCSP-cMF, UCSP-sMF, UCSP-Total e USF

OR	UCSP-cMF	UCSP-sMF	UCSP-Total	USF
UCSP-cMF		2,33	1,18	0,36
UCSP-sMF	0,43		0,50	0,15
UCSP-Total	0,85	1,99		0,31
USF	2,78	6,50	3,27	

Gráfico 26 – Proporção de mulheres em idade fértil, com acompanhamento de PF (barras) e valores absolutos (tabela)



A diferença entre USF e UCSP volta a ser significativa neste indicador, com a USF A e USF C a apresentarem valores bastante positivos, na ordem dos 40%. É curioso verificar a maior taxa de acompanhamento de PF nos casos de utentes sem médico de família na UCSP C, caso único. Nas restantes UCSP observam-se valores muito inferiores, sobretudo nas utentes sem médico de família.

Proporção de jovens com menos de 14 anos, com consulta médica de vigilância e PNV

Gráfico 27 – Média ponderada da proporção de jovens com menos de 14 anos, com consulta médica de vigilância e PNV, separadas por UCSP (cMF, sMF e global) e USF (à esquerda), assim como valores globais de utentes (à direita)

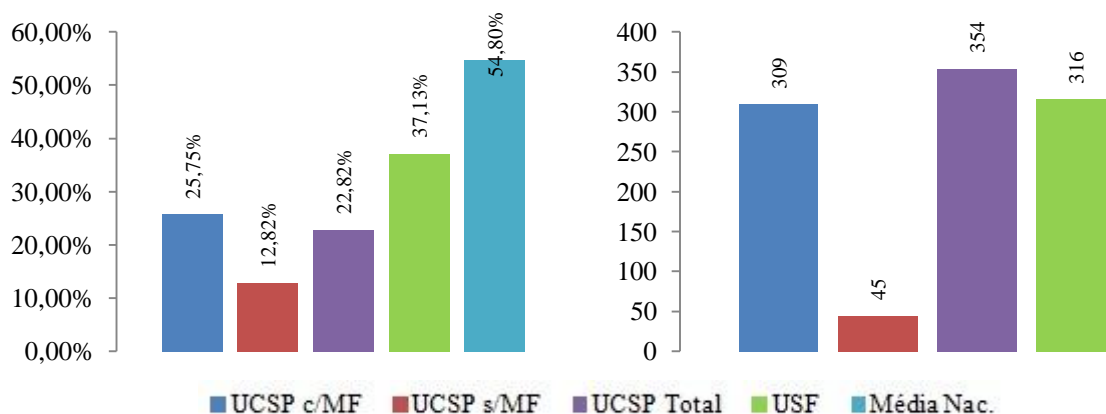
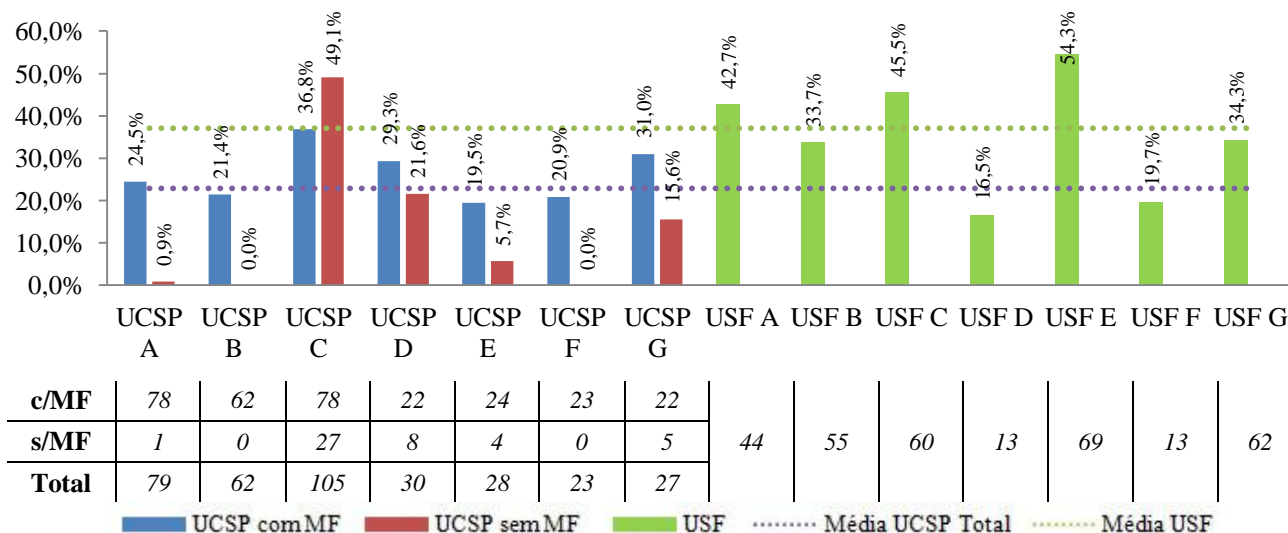


Tabela 11 – Odds ratio entre a média da proporção de jovens com menos de 14 anos, com consulta médica de vigilância e PNV, por UCSP-cMF, UCSP-sMF, UCSP-Total e USF

OR	UCSP-cMF	UCSP-sMF	UCSP-Total	USF
UCSP-cMF		2,36	1,17	0,59
UCSP-sMF	0,42		0,50	0,25
UCSP-Total	0,85	2,01		0,50
USF	1,70	4,02	2,00	

Gráfico 28 – Proporção de jovens com < 14 anos, com consulta médica de vigilância e PNV (barras) e valores absolutos (tabela)



Verifica-se nas USF uma taxa superior de consultas de vigilância e PNV em jovens com menos de 14 anos. Apesar dos valores médios rondarem os 37%, duas unidades (USF D e USF F) apresentam valores inferiores abaixo da média (menos de 20%). Já nas UCSP é de salientar os valores atingidos pelas UCSP C, D e G, destacando negativamente a ausência de registos na UCSP B e F.

Proporção de idosos sem ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos prescritos

Gráfico 29 – Média ponderada da proporção de idosos sem ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos prescritos, separadas por UCSP (cMF, sMF e global) e USF (à esquerda), assim como valores globais de utentes (à direita)

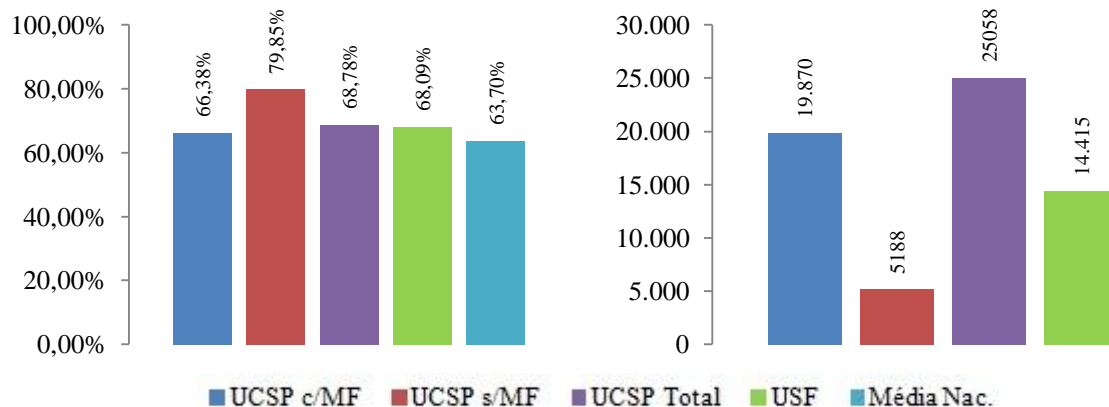
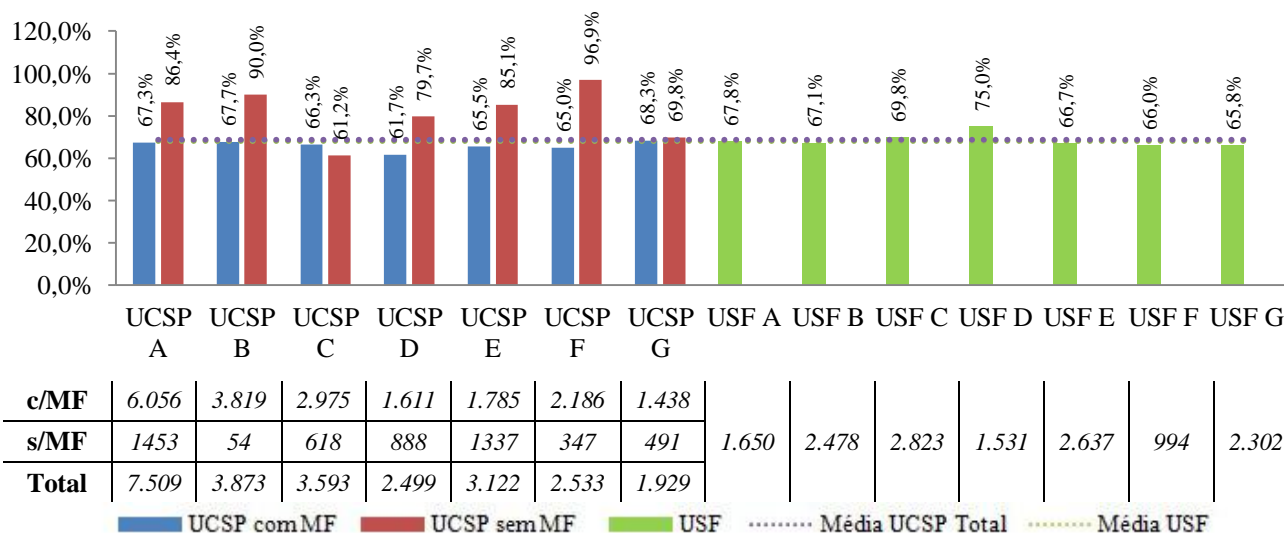


Tabela 12 – Odds ratio entre a média da proporção de idosos sem ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos prescritos, por UCSP-cMF, UCSP-sMF, UCSP-Total e USF

OR	UCSP-cMF	UCSP-sMF	UCSP-Total	USF
UCSP-cMF		0,50	0,90	0,93
UCSP-sMF	2,01		1,80	1,86
UCSP-Total	1,12	0,56		1,03
USF	1,08	0,54	0,97	

Gráfico 30 – Proporção de idosos sem ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos prescritos (barras) e valores absolutos (tabela)



Analisando este indicador observa-se uma maior tendência para existirem utentes sem médico de família sem qualquer medicação ansiolítica, sedativa ou hipnótica. Contudo, nos registos globais esta tendência inverte-se. De resto, os valores entre UCSP-cMF e USF são bastante próximos, oscilando entre 61,7% (UCSP D) e 75% (USF D).

Proporção de utentes com hipertensão arterial, idade inferior a 65 anos e registo de pressão arterial inferior a 150-90 mmHg

Gráfico 31 – Média ponderada da proporção de utentes com hipertensão arterial, idade inferior a 65 anos e registo de pressão arterial inferior a 150-90 mmHg, por UCSP (cMF, sMF e global) e USF (à esquerda), e valores globais de utentes (à direita)

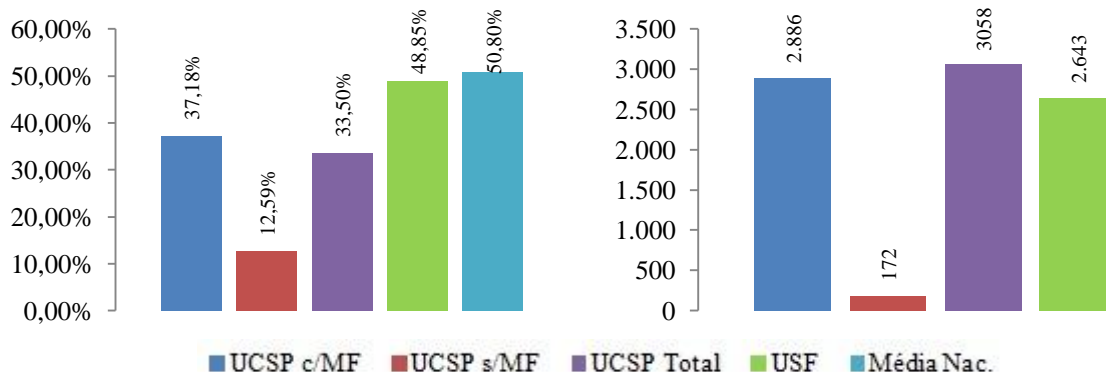
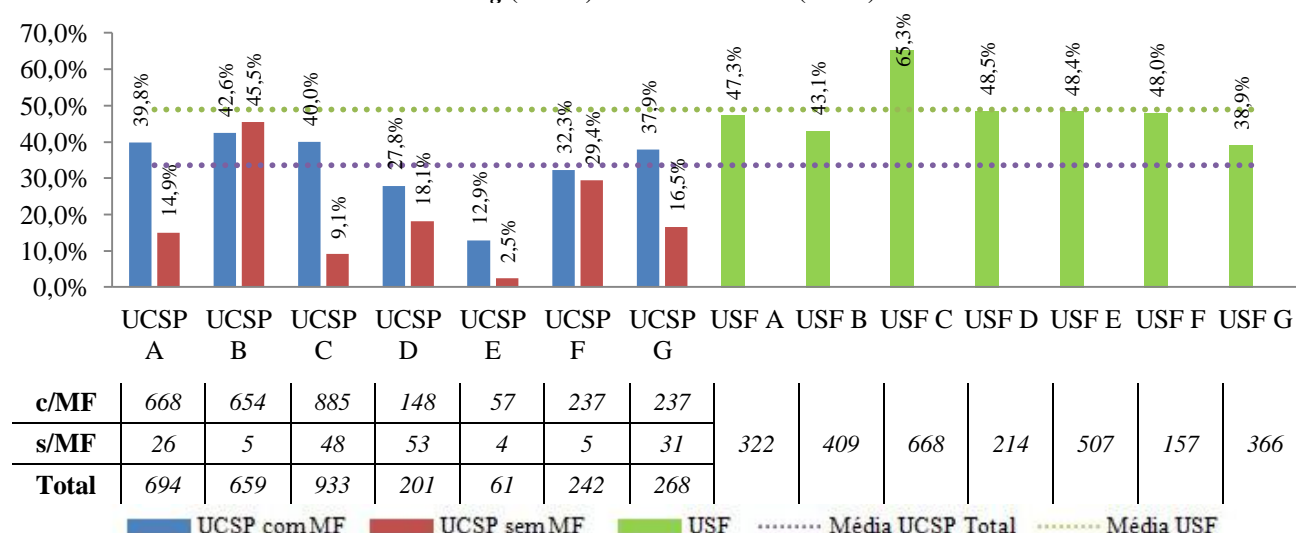


Tabela 13 – Odds ratio entre a média da proporção de utentes com hipertensão arterial, idade inferior a 65 anos e registo de pressão arterial inferior a 150-90 mmHg, por UCSP-cMF, UCSP-sMF, UCSP-Total e USF

OR	UCSP-cMF	UCSP-sMF	UCSP-Total	USF
UCSP-cMF		4,11	1,17	0,62
UCSP-sMF	0,24		0,29	0,15
UCSP-Total	0,85	3,50		0,53
USF	1,61	6,63	1,90	

Gráfico 32 – Proporção de utentes com hipertensão arterial, idade inferior a 65 anos e registo de pressão arterial inferior a 150-90 mmHg (barras) e valores absolutos (tabela)



De salientar o valor bastante baixo presente na maioria dos utentes sem médico de família (apenas uma unidade apresenta um valor superior a 30%), contrapondo com os valores próximos dos 50% apresentados nas USF. Verificam-se também valores semelhantes aos obtidos em USF nas UCSP B, C e G, em relação a utentes cMF.

Proporção de utentes com diabetes, com último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8%

Gráfico 33 – Média ponderada da proporção de utentes com diabetes, com último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8%, separadas por UCSP (cMF, sMF e global) e USF (à esquerda), assim como valores globais de utentes (à direita)

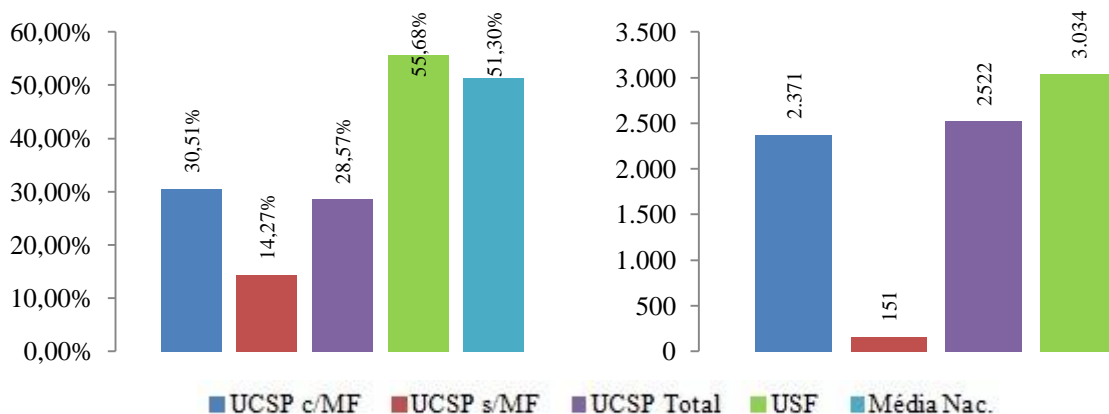
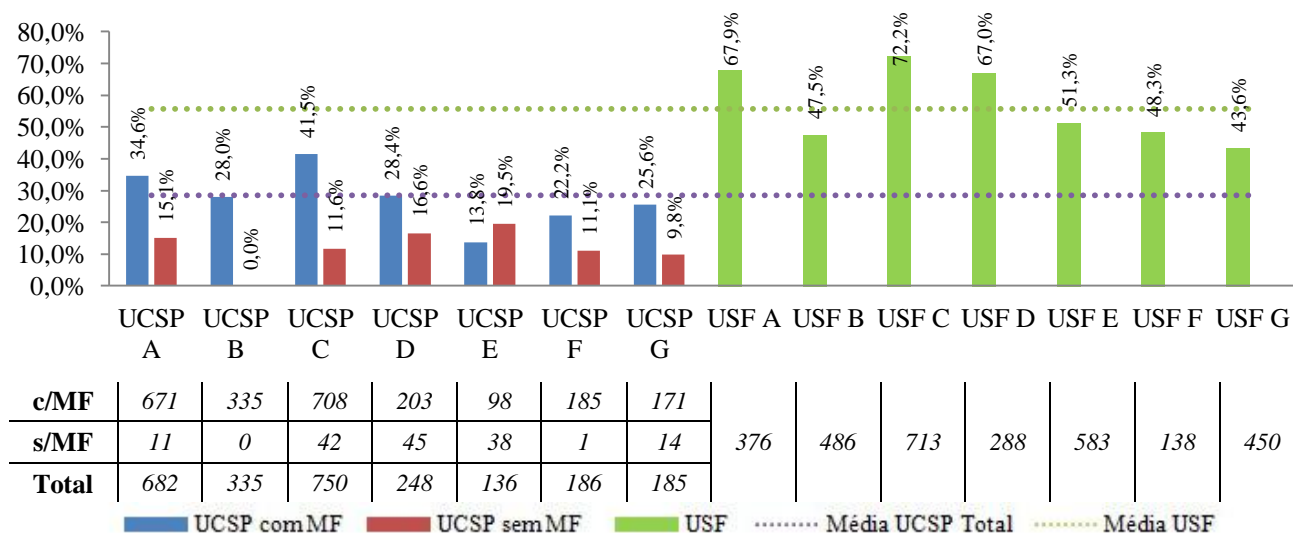


Tabela 14 – Odds ratio entre a média da proporção de utentes com diabetes, com último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8%, por UCSP-cMF, UCSP-sMF, UCSP-Total e USF

OR	UCSP-cMF	UCSP-sMF	UCSP-Total	USF
UCSP-cMF		2,64	1,10	0,35
UCSP-sMF	0,38		0,42	0,13
UCSP-Total	0,91	2,40		0,32
USF	2,86	7,55	3,14	

Gráfico 34 – Proporção de utentes com diabetes, com último registo de HgbA1c inferior ou igual a 8% (barras) e valores absolutos (tabela)



Todos os valores apresentados pelas USF são superiores aos das UCSP, havendo evidentes melhorias neste campo nas USF. É de destacar novamente um reduzido acompanhamento dos utentes sem médico de família (que ultrapassam os registos dos utentes com médico de família na UCSP E), havendo uma forte relação negativa destes face aos restantes utentes.

Proporção de utentes com idade entre 50-75 anos, com rastreio de cancro colo-rectal

Gráfico 35 – Média ponderada da proporção de utentes com idade entre 50-75 anos, com rastreio de cancro colo-rectal, separadas por UCSP (cMF, sMF e global) e USF (à esquerda), assim como valores globais de utentes (à direita)

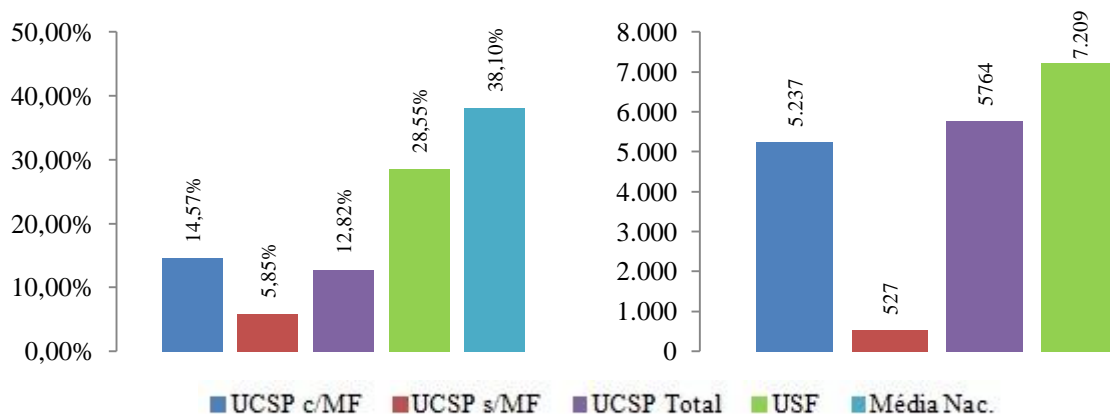
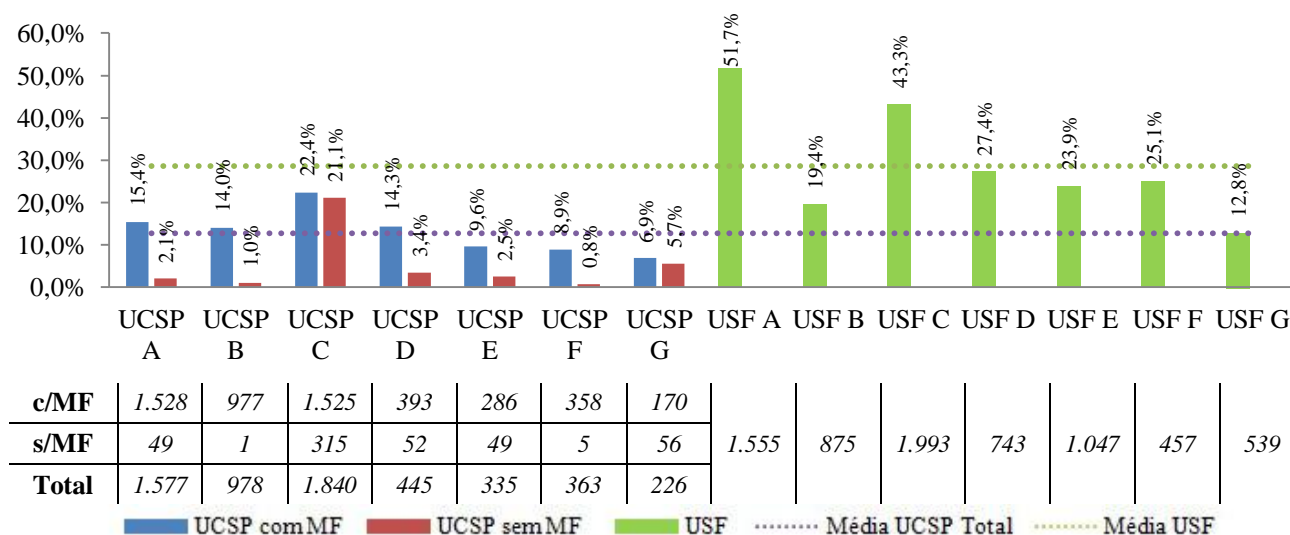


Tabela 15 – Odds ratio entre a média da proporção de utentes com idade entre 50-75 anos, com rastreio de cancro colo-rectal, por UCSP-cMF, UCSP-sMF, UCSP-Total e USF

OR	UCSP-cMF	UCSP-sMF	UCSP-Total	USF
UCSP-cMF		2,74	1,16	0,43
UCSP-sMF	0,36		0,42	0,16
UCSP-Total	0,86	2,37		0,37
USF	2,34	6,43	2,72	

Gráfico 36 – Proporção de utentes entre 50-75 anos, com rastreio de cancro colo-rectal (barras) e valores absolutos (tabela)



As USF destacam-se neste indicador, sobretudo as USF A e C, com valores acima dos 40% (e mais de 10% acima da média das unidades) de utentes com rastreio de cancro colo-rectal efetuado, entre os 50 e 75 anos. Os utentes sem médico de família apresentam valores inferiores a 6%, muito abaixo da média dos utentes com médico de família (15%), com destaque negativo para o seguimento desta neoplasia nas UCSP E, F e G, com valores abaixo da média.

Proporção de mulheres entre 25-60 anos, com colpocitologia realizada nos últimos 3 anos

Gráfico 37 – Média ponderada da proporção de mulheres entre 25-60 anos, com colpocitologia realizada nos últimos 3 anos, separadas por UCSP (cMF, sMF e global) e USF (à esquerda), assim como valores globais de utentes (à direita)

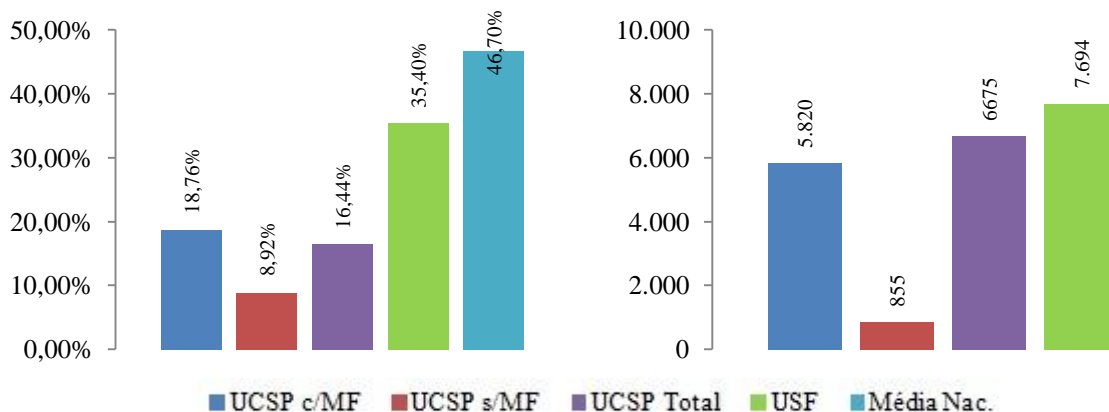
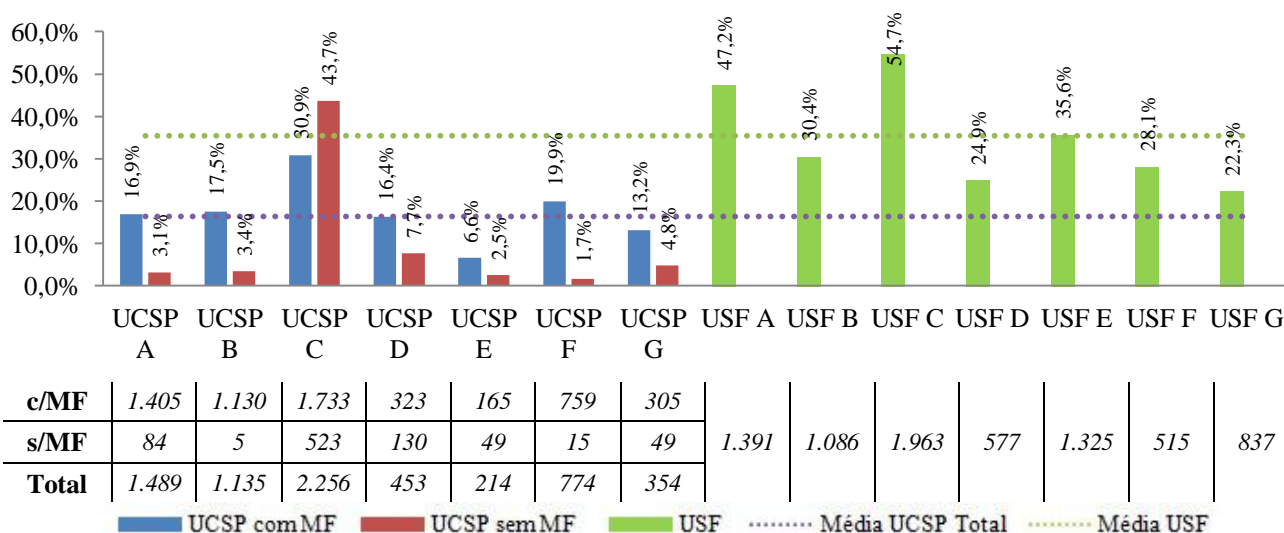


Tabela 16 – Odds ratio entre a média da proporção de mulheres entre 25-60 anos, com colpocitologia realizada nos últimos 3 anos, separadas por UCSP-cMF, UCSP-sMF, UCSP-Total e USF

OR	UCSP-cMF	UCSP-sMF	UCSP-Total	USF
UCSP-cMF		2,36	1,17	0,42
UCSP-sMF	0,42		0,50	0,18
UCSP-Total	0,85	2,01		0,36
USF	2,37	5,59	2,79	

Gráfico 38 – Proporção de mulheres entre 25-60 anos, com colpocitologia realizada nos últimos 3 anos (barras) e valores absolutos (tabela)



Comparativamente às utentes das UCSP com médico de família, as utentes de USF apresentam uma forte relação positiva, acentuando-se mais essa força quando comparamos utentes de USF com utentes sem médico de família. Curiosamente a UCSP apresenta valores superiores no seguimento de utentes sMF, mesmo acima da média das USF.

Despesa em medicamentos faturados, por utilizador (PVP)

Gráfico 39 – Média ponderada da despesa em medicamentos faturados, por utilizador, separadas por UCSP (cMF, sMF e global) e USF (à esquerda), assim como valores globais de despesa (à direita)

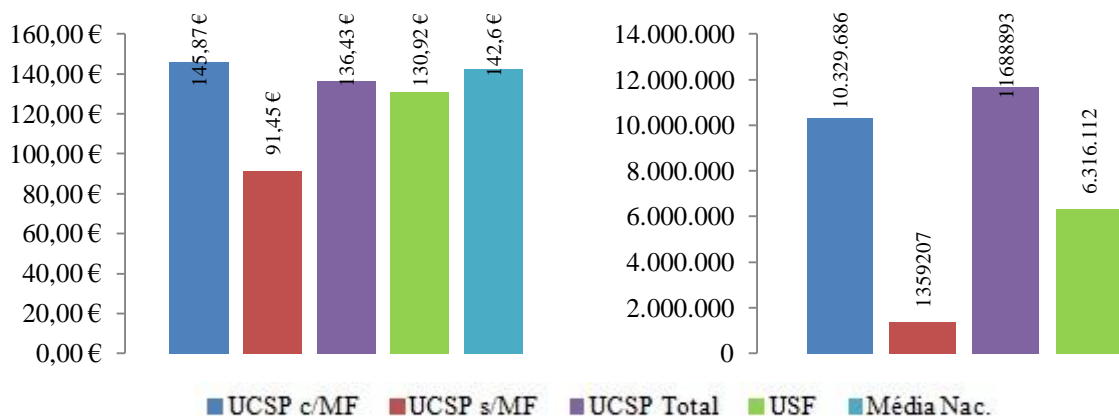
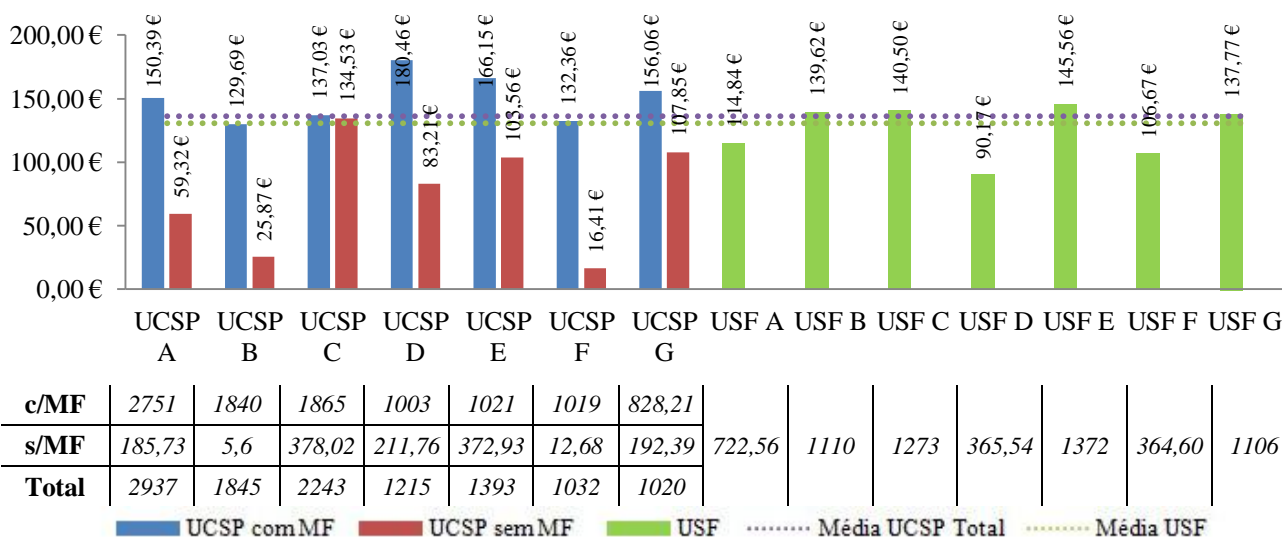


Tabela 17 – Odds ratio entre a média da despesa em medicamentos faturados, por utilizador, por UCSP-cMF, UCSP-sMF, UCSP-Total e USF

OR	UCSP-cMF	UCSP-sMF	UCSP-Total	USF
UCSP-cMF		1,60	1,07	1,11
UCSP-sMF	0,63		0,67	0,70
UCSP-Total	0,94	1,49		1,04
USF	0,90	1,43	0,96	

Gráfico 40 – Média de despesa em medicamentos faturados, por utente (barras) e valores absolutos (tabela, milhares de euros)



Verifica-se em média um gasto superior em medicação nos utentes com médico de família nas UCSP, cerca de 3€ acima da média nacional. Por outro lado, os utentes sem médico de família registam menores gastos em medicação (exceto na UCSP C, onde o valor se aproxima do gasto por utentes com médico de família). Já nas USF o valor é cerca de 6€ inferior à média nacional, um ponto bastante positivo. Apesar de tudo, os valores apresentam uma pequena variação.

Despesa em MCDT faturados, por utilizador (custo convencional)

Gráfico 41 – Média ponderada da despesa em MCDT faturados, por utilizador, separadas por UCSP (cMF, sMF e global) e USF (à esquerda), assim como a despesa global (à direita)

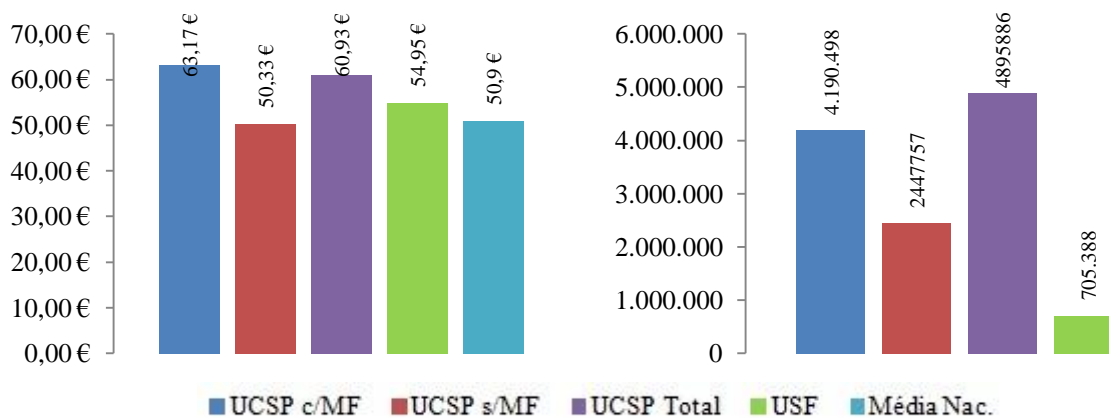
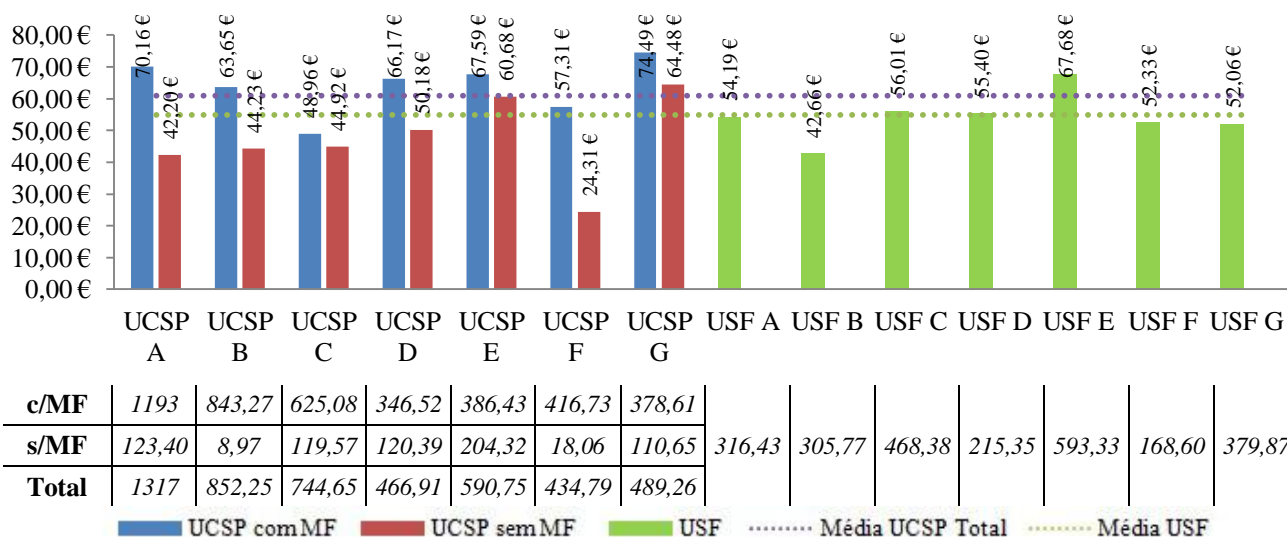


Tabela 18 – Odds ratio entre a média da despesa em medicamentos faturados, por utilizador, por UCSP-cMF, UCSP-sMF, UCSP-Total e USF

OR	UCSP-cMF	UCSP-sMF	UCSP-Total	USF
UCSP-cMF		1,25	1,04	1,15
UCSP-sMF	0,80		0,83	0,92
UCSP-Total	0,96	1,21		1,11
USF	0,87	1,09	0,90	

Gráfico 42 – Média da despesa em MCDT faturados, por utilizador (barras) e valores absolutos (tabela, em milhares de euros)



Em relação aos gastos em MCDT verifica-se uma situação semelhante ao indicador anterior. É de notar uma menor despesa em MCDT nos utentes sem médico de família, e também nos utentes de USF quando comparados com utentes com médico de família nas UCSP. De salientar os gastos abaixo da média da UCSP C e USF (excetuando USF E)

3.2. Discussão dos resultados

Antes de iniciar a análise dos resultados apresentados no ano de 2014 pelas várias unidades de saúde do ACES Lisboa Central, importa recordar que a dimensão do acesso aos cuidados de saúde primários é influenciada por diversos fatores, entre os quais a disponibilidade e proximidade das unidades de cuidados de saúde, a qualidade do trabalho efetuado, os custos que estes podem acarretar (seja no transporte, seja no pagamento de medicação ou MCDT). Outros fatores aumentam a frequência do acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente o envelhecimento da população, o sexo feminino, estilos de vida sedentários, etc. Por esta razão, os indicadores de contratualização que não medem diretamente o acesso, representam-no indiretamente, na medida em que, por exemplo, uma maior taxa de prescrição de genéricos reduz o custo da medicação ao utente, facilitando o acesso aos cuidados de saúde primários.

A análise aos resultados divide-se em dois grandes grupos:

- Comparação entre UCSP e USF;
- Comparação entre UCSP com médico de família e UCSP sem médico de família;

3.2.1. Comparação entre UCSP e USF

Quanto à caracterização da população abrangida por cada tipo de unidade de cuidados de saúde primários, esta assemelha-se em vários aspetos com uma população ligeiramente mais envelhecida a frequentar as USF (índice de envelhecimento de 166,5% vs. 160,7%). Por outro lado, as UCSP do ACES Lisboa Central servem cerca do dobro de utentes que as USF (159 154 vs. 87 295), contando naturalmente com mais médicos ao serviço. Se contabilizarmos apenas os utentes com médico de família atribuído, observa-se uma média inferior nas UCSP (1642 utentes por médico) face às USF (1840 utentes por médico), mas não pode ser esquecido o facto de 25,6% dos utentes das UCSP não possuírem médico de família, dos quais apenas 0,5% o faz por opção, o que irá sobrecarregar os médicos em serviço nas UCSP.

Avaliando as morbilidades que afetam os utentes verificam-se algumas discrepâncias nos registos entre UCSP (aqui considerando os valores totais) e USF. Estas diferenças podem estar relacionadas com várias situações, nomeadamente: diferenças reais entre a prevalência das patologias nas populações abrangidas; registo informático deficitário em algumas situações (como poderá ser o

caso dos doentes sem médico de família); inexistência de registo, subdiagnosticando vários casos que podem realmente existir. Considera-se que as principais diferenças, nomeadamente nos registos de obesidade, excesso de peso e abuso de tabaco se relacionam com diferenças no registo destas mesmas patologias e na eventual importância que lhes é dada pelos médicos assistentes, para além dos incentivos obtidos pelo registo, em USF. Nas restantes patologias observam-se registos semelhantes entre utentes com médico de família e utentes de USF, pelo que se pode considerar que a discrepância entre UCSP e USF estará relacionada com a existência de casos subdiagnosticados, na sua maioria de utentes sem médico de família. De salientar que apenas o número de utentes diagnosticados com abuso de tabaco e rinite alérgica é superior nas USF face às UCSP (enquanto unidade global), o que é de valorizar, tendo em conta a proporção de utentes entre os dois tipos de unidade de saúde. Resumidamente, a hipertensão arterial, as alterações lipídicas, a obesidade, a diabetes mellitus e o abuso de tabaco assumem-se como as principais patologias que afetam a população abrangida, sendo possível que se verifique uma maior sobrecarga dos serviços de saúde das USF nos casos de utentes com alterações do metabolismo lipídico, obesidade, abuso de tabaco e rinite alérgica (*salvaguardando que poderá tratar-se de um maior número de registo e não um número real de casos*).

Após a contextualização da população em estudo, ao comparar os vários indicadores em estudo entre UCSP e USF:

- Verifica-se uma taxa de utilização de consultas médicas a 3 anos superior nas UCSP, sobretudo se considerarmos os utentes com médico de família. Estes valores ganham especial destaque quando se comparam globalmente, com as UCSP a abrangerem cerca de duas vezes mais utentes que as USF, com pelo menos uma consulta nos últimos 3 anos. Depois de se perceber que a população apresenta valores semelhantes na prevalência das principais patologias, esta taxa permite-nos concluir que as UCSP poderão ser unidades mais disponíveis para a população, no sentido de disponibilizarem cuidados de saúde com uma maior regularidade.
- Em relação à taxa de domicílios de enfermagem a situação inverte-se, havendo uma maior taxa de domicílios realizada para a população abrangida pelas USF, o que nos mostra que existe uma maior procura de ir ao encontro dos utentes que não terão possibilidades de se deslocar à USF, compensando em parte o défice apresentado no anterior indicador. Por outro lado, não podemos esquecer a questão da “*Medicina por Indicadores*” e como esta pode influenciar positivamente a prática destes contatos.

- Na prescrição de medicamentos genéricos é possível perceber que é uma prática já instituída na maioria das unidades de saúde. Poderá haver várias razões para a não prescrição deste tipo de fármacos, mas a sua prescrição cada vez mais disseminada (até pela legislação em vigor, que permite ao utente requerer a prescrição deste tipo de formulação) reduz bastante os custos dos tratamentos, facilitando assim o acesso aos cuidados de saúde. Face à prescrição mais regular deste tipo de fármacos nas USF, estas facilitam ligeiramente o acesso ao tratamento dos utentes. Fundamental é também o facto de todos os registos estarem acima da média nacional.
- O registo de hábitos tabágicos em utentes com mais de 14 anos nas USF ultrapassa em termos globais os registos em UCSP (*recorde-se que as segundas servem cerca do dobro dos utentes*), o que demonstra a sua propensão para a prática de uma medicina verdadeiramente preventiva, mas poderá também estar associado a um maior incentivo para o registo deste tipo de hábitos. Este indicador, não apontando diretamente um maior ou menor acesso aos cuidados de saúde, demonstra a preocupação levada a cabo pelas USF, justificando uma abordagem séria e efetiva ao problema do tabagismo, o que indiretamente contribuirá para um maior acesso aos cuidados prestados, numa procura de manutenção do estado de saúde
- Observa-se uma taxa de preenchimento de ICPC-2 nas consultas superior nas USF, com todas as unidades a apresentarem valores acima dos 92%. Tal fator é fundamental para a realização de estudos no âmbito da saúde pública e medicina geral e familiar, permitindo assim detetar quais as principais patologias e razões de consulta, dando mais informação aos decisores para que tornem o sistema de saúde mais aproximado à realidade da população. Obviamente, neste campo, os incentivos atribuídos às USF não podem ser ignorados.
- No que toca ao acompanhamento de Planeamento Familiar de mulheres em idade fértil, as USF apresentam resultados bastante superiores, mesmo a nível global. A diferença torna-se ainda mais significativa quando comparamos utentes das USF e utentes sem médico de família, onde existe uma forte relação positiva. Assim, é possível concluir que as USF apresentam, um melhor acesso aos cuidados de saúde especificamente dirigidos às mulheres em idade fértil, assegurando o seu acompanhamento em consulta.
- À semelhança do fator anterior, observa-se nas USF um melhor acesso por parte dos jovens utentes com menos de 14 anos, à consulta de vigilância e PNV. Apesar dos

números globais não apresentarem grande expressão, o que está de acordo com o envelhecimento acentuado na população, é evidente que há um melhor acompanhamento da infância nas USF (embora a diferença entre unidades seja inferior à verificada no acompanhamento em PF), permitindo assim uma melhoria no estado de saúde da população mais jovem.

- Não existem praticamente diferenças entre a proporção de idosos sem medicação ansiolítica, sedativa ou hipnótica, entre USF e UCSP, com valores médios acima dos 68%, havendo uma notória preocupação com a prescrição destes fármacos à população mais idosa. Assim, indiretamente é transmitido um sinal de confiança ao utente de que apenas lhe será prescrita a medicação estritamente necessária, proporcionando uma garantida de qualidade do serviço prestado.
- No que toca ao acompanhamento e controlo da pressão arterial em utentes com idade inferior a 65 anos, importa ressaltar o bom trabalho desenvolvido pelas USF, onde comparativamente a um utente sem médico de família, se regista uma relação fortemente positiva. De resto, os valores registados em UCSP encontram-se muito abaixo da média nacional. Observa-se uma maior preocupação com a prevenção da hipertensão nas USF. Destaca-se também o impacto que o seguimento de um médico tem na prevenção da hipertensão.
- Quanto ao acompanhamento e controlo da diabetes, com registo de HbA1c igual ou inferior a 8% as USF voltam a apresentar resultados acima da média nacional e muito acima das UCSP, chegando mesmo a ultrapassar o registo em termos globais, o que demonstra, como já evidenciado anteriormente, uma maior predisposição para a prática de uma medicina preventiva e um tratamento adequado das patologias crónicas. A diferença significativa poder-se-á também dever a um eventual défice de registo nas UCSP.
- A nível da prevenção e deteção precoce de neoplasias, nomeadamente do colo do útero e colo-rectal, pode-se dizer que as USF estão a desenvolver um trabalho bastante positivo, apesar de estarem aquém da média nacional. Volta a frisar-se o impacto do seguimento médico no rastreio destas patologias. Este poderá ser um fator determinante para o acesso aos cuidados de saúde, já que dá aos utentes uma garantia de um acompanhamento regular da sua saúde, contribuindo para a sua confiança nos serviços de saúde.

- A nível financeiro, no que toca à despesa em medicamentos e MCDT (mesmo abaixo da média nacional, no caso dos medicamentos), observa-se uma maior poupança nas USF, o que condicionará indiretamente um maior acesso aos cuidados de saúde por estas unidades prestados.

É possível perceber que, apesar de maior acessibilidade geral às UCSP, as USF se mostram unidades mais versáteis, procurando adaptar a prestação de serviços à população em questão, quer através da realização de consultas ao domicílio, como através da maior atenção dada à medicina preventiva, acompanhamento de planeamento familiar das mulheres em idade fértil, consultas de vigilância com a população mais jovem e ainda na prevenção e deteção precoce de neoplasias. Apesar de, em termos globais, as UCSP apresentarem valores superiores, tal deve-se ao facto de abrangerem uma população significativamente maior, já que proporcionalmente as USF apresentam melhores resultados em praticamente todos os indicadores.

3.2.2. Comparação entre utentes de UCSP-cMF e utentes de UCSP-sMF

Com este estudo pretende-se também perceber o impacto que poderá ter o médico de família no acesso aos cuidados de saúde primários. Como tal, é essencial a comparação entre utentes das UCSP com médico de família (74,3% - 122 202) e utentes sem médico de família (25,6% - 36 953, dos quais 0,5% correspondem a utentes que tomaram essa opção). É importante salientar que no ACES Lisboa Central as UCSP permitem a cobertura de saúde a mais de 30 000 pessoas sem médico de família, fator que terá muita influência no acesso dessas mesmas pessoas aos cuidados de saúde. A nível nacional esta cobertura ganha nova dimensão.

Optou-se por comparar apenas utentes de UCSP com e sem médico de família, uma vez que se trata das mesmas unidades de saúde e das mesmas condições de serviços prestados, retirando o viés que seria introduzido pela comparação com utentes de USF, onde existem diferentes condições de trabalho e incentivos:

- Como seria expectável, os utentes sem médico de família (53,61% e 51,8%, respetivamente) têm uma taxa de utilização de consultas médicas a 3 anos e de domicílios de enfermagem bastante inferior quando comparados com os utentes com médico de família (77,95% e 105,5%, respetivamente). Salienta-se, portanto, o papel

fundamental da atribuição de médico de família na medida em que promove o acesso direto aos cuidados de saúde primários e o acompanhamento do estado de saúde dos utentes e suas famílias, através de uma maior proximidade e disponibilidade.

- Verifica-se uma maior taxa de prescrição de medicamentos genéricos a utentes sem médico de família (embora a diferença não seja acentuada), cuja diferença poderá estar relacionada com a prescrição por diferentes médicos e talvez a preocupação com a acessibilidade ao tratamento por parte de utentes que não têm um acompanhamento tão regular nos serviços de saúde.
- Relativamente à prevenção, acompanhamento e tratamento das principais morbilidades, como é o caso do registo de hábitos tabágicos, hipertensão e diabetes existem claras diferenças. Os utentes com médico de família têm uma maior taxa de registos (cerca de 2 vezes superior), o que evidencia uma maior atenção aos cuidados prestados, facilitando o acesso aos cuidados de saúde, na medida em que fortalece o seu intuito preventivo e promove boas práticas médicas com maior regularidade.
- Quanto ao acompanhamento de mulheres em idade fértil em consultas de Planeamento Familiar e o acompanhamento de jovens em consultas de vigilância e PNV, volta a verificar-se que existe uma taxa duas vezes superior no acompanhamento dos utentes com médico de família, o que promove, naturalmente, o seu bem-estar e saúde, fortalecendo a ligação aos cuidados de saúde primários desde a infância e ao longo da vida adulta.
- Observa-se uma idêntica preocupação no preenchimento de ICPC-2 nas consultas presenciais, com valores ligeiramente superiores no caso dos utentes com médico de família. No entanto, este é um campo que merece maior atenção por parte dos médicos, de maneira a permitir a melhoria dos registos informáticos e possibilitando uma análise mais fidedigna ao real panorama da população, já que cerca de 25% das consultas carece de codificação.
- Na prescrição de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos a idosos observa-se uma prática menos frequente perante os utentes sem médico de família. Isto poderá estar relacionado com o facto de não existir um acompanhamento regular dos utentes, o que condiciona a prescrição deste tipo de fármacos.
- Quanto à prevenção e deteção precoce do cancro do colo do útero e cancro colo-rectal, existe um acompanhamento francamente superior (taxa cerca de duas vezes superior)

no rastreio para estas neoplasias se o utente for seguido por um médico de família, promovendo e incentivando a procura dos cuidados de saúde primários com intuito preventivo. Estes dois indicadores são de uma importância significativa no contexto do envelhecimento da população e devem merecer um forte investimento nas UCSP, no sentido de se aproximarem das práticas realizadas em USF.

- No que toca ao aspeto financeiro, verifica-se que os utentes sem médico de família realizam em média menos gastos que aqueles que são acompanhados pelo seu médico regularmente (aproximadamente menos 50€ em medicamentos e menos 13€ em MCDT). Tal pode dever-se ao facto de existir um seguimento menos regular do utente pelo médico, o que condiciona a prescrição de menos medicamentos e exames, resultando num menor acompanhamento a longo prazo.

Salienta-se a discrepância evidente entre os registos de utentes com e sem médico de família, onde o único indicador positivo em favor dos utentes sem médico atribuído é a prescrição de medicamentos genéricos. Nos restantes indicadores os utentes com médico de família usufruem de um melhor acesso aos cuidados de saúde e de uma maior qualidade de acompanhamento e tratamento, não podendo ser ignorado o facto de poderem existir menos registos em consultas prestadas a utentes sem MF. É importante ressaltar novamente, sobretudo no caso dos utentes sem médico de família, a possibilidade de haver um défice de registo de casos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face às questões colocadas inicialmente, após este estudo é possível concluir que o acesso aos cuidados de saúde primários é influenciado pelo tipo de unidade de saúde, existindo assimetrias entre UCSP e USF. Existe uma maior acessibilidade geral por parte das UCSP, com uma maior taxa de consultas e um maior número de utentes abrangidos. Por outro lado existe uma evidente preocupação das USF em adaptar a prestação dos cuidados à população específica que abrangem, através de um acompanhamento mais regular e numa lógica de prevenção e promoção da saúde, o que se reflete em quase todos os indicadores em estudo. Mas verifica-se que algumas UCSP apresentam resultados bastante próximos da generalidade das USF, o que implica necessariamente a presença de múltiplos fatores determinantes para o acesso aos CSP, conforme já discutido. Não é possível pôr de parte a problemática dos utentes sem médico de família, que no ACES Lisboa Central representam cerca de 30 000 pessoas, às quais apenas as UCSP conseguem prestar cuidados de saúde. Como foi também possível concluir, existe um claro impacto dos MF no acesso aos CSP, através de um acompanhamento mais próximo dos seus utentes e de um maior investimento no seu bem-estar. Como tal, é essencial colmatar o défice de MF existente (*tornando esta carreira mais atrativa, por exemplo*), de maneira a abranger um maior número de utentes e aumentar o acesso aos cuidados de saúde no ACES Lisboa Central, proporcionando uma prestação de cuidados de maior qualidade.

Importa salientar que, apesar destas conclusões, devem-se ter em conta as seguintes limitações na realização deste estudo: poderá haver uma maior tendência para a focalização em indicadores de desempenho nas USF, o que levará a um registo mais regular dos dados, levando ao subdiagnóstico de alguns casos nas UCSP; é possível que se verifique um défice de registo nos sistemas, por dificuldades de uso dos sistemas de informação; os resultados não podem ser comparados isoladamente, sem ter em conta os índices de envelhecimento; as diferenças remuneratórias e de condições de trabalho têm influência no trabalho desenvolvido, entre outros fatores.

O futuro poderá não passar necessariamente pelo desenvolvimento de USF e progressivo encerramento de UCSP, mas sim por um investimento visando as fragilidades existentes em cada unidade, já salientadas anteriormente, permitindo a oferta de um melhor serviço de saúde e influenciando assim um melhor acesso à saúde. É também fundamental dotar a população de informação sobre os serviços que têm à sua disposição e aos quais pode e deve aceder quando necessário, através de ações de sensibilização e promoção dos cuidados de saúde.

CONFLITO DE INTERESSES

O autor declara que não tem qualquer conflito de interesses com os dados analisados, referentes à metodologia de contratualização das UCSP e USF, assim como com a Direção Geral da Saúde ou demais organizações ligadas às políticas de saúde pública e análise das mesmas.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministério da Saúde. Lei nº 48/90 - Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*. 2002.
2. Fendall NR. Declaration of Alma-Ata. *Lancet*. 1978;2(September 1978):1308.
3. Confer E, Carta E, Metas A, Mundial A, Para CDEO. a Promoção Da Saúde a Carta De Ottawa. 2000.
4. Crisp LN. *Um Futuro Para a Saúde - Todos Temos Um Papel a Desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2014:229-232.
5. Sakellarides C, Reis V, Escoval A, Conceição C, Barbosa P. O futuro do sistema de saúde português - Saúde 2015. *Esc Nac Saúde Pública - Univ Nov Lisboa*. 2009:218.
6. Furtado C, Pereira J. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde - Intervenções. *Esc Nac Saúde Pública - Univ Nov Lisboa*. 2010.
7. Escoval A, Matos T, Ribeiro R, Santos A. Contratualização em cuidados de saúde primários: horizonte 2015/20- Relatório final. 2010.
8. Saúde OP dos S de. *Relatório de Primavera 2012 - Crise E Saúde - Um País Em Sofrimento.*; 2012.
9. Baganha M, Ribeiro J, Pires S. O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Policopiado, Of do CES*. 2002:33.
10. Guerra C, Sousa D. Decreto Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro. 2008:1182-1189.
11. Direcção-Geral da Saúde. Perfil de Saúde em Portugal. *Plano Nac Saúde 2012 - 2016*. 2012:1-41.
12. Saúde OP dos S de. *Relatório de Primavera 2014 - Saúde, Síndrome de Negação.*; 2014.

13. Tomás A, Moreira PK. Incentivos em saúde : em busca de um modelo para Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;73-94.
14. Vital E, Teixeira J. Cuidados de saúde primários: as regras do jogo. *Saúde Tecnol*. 2012;9-17.
15. Yaphe J. Assessing physician performance and learning needs in primary care in Portugal – Beyond SIADAP. 2014;149-150.
16. Barbosa P. (Des) centralização dos cuidados de saúde primários? *Rev Port Saude Publica*. 2012;30(1):1-2.
17. Alves J, Peralta S, Perelman J. Efficiency and equity consequences of decentralization in health: An economic perspective. *Rev Port Saude Publica*. 2013;31(1):74-83.
18. Miguel LS, Sá AB. *Cuidados de Saúde Primários Em 2011-2016 : Reforçar , Expandir.*; 2010.
19. Bertakis K, Azari R. Medicina centrada no paciente: melhor qualidade com menores custos. *J Am Board Fam Med*. 2011;24(3):229-239.
20. Montegut AJ. To achieve “health for all” we must shift the world’s paradigm to “primary care access for all”. *J Am Board Fam Med*. 2007;20(6):514-517.
21. Direção Geral da Saúde. Eixo Estratégico - Equidade e Acesso aos cuidados de Saúde. *Plano Nac Saúde 2012-2016*. 2012:1-22.
22. Gonçalves A, Dias S, Luck M, Fernandes MJ, Cabral J. Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes : problemas e perspectivas de intervenção. *Rev Port Saude Publica*. 2003;21:55-64.
23. Paulo A. *SNS : Caracterização E Desafios.*; 2010:1-16.
24. Loureiro I, Miranda N, Pereira Miguel JM. Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Rev Port Saúde Pública*. 2013;31(1):23-31.
25. Starfield B. Global Health, Equity, and Primary Care. *J Am Board Fam Med*. 2007;20:511-513.
26. Cortez I. Desigualdade no acesso aos Cuidados de Saúde Primários – a outra face das USF. *Rev Port Clínica Geral*. 2010:189-194.
27. Saúde OP dos S de. *Relatorio de Primavera 2013 - Duas Faces Da Saúde.*; 2013.
28. Teixeira L. Questões em torno da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Plataforma Barómetro Soc*.
29. Ministério da Saúde. O sistema de saúde além de 2014. 2014:1-72.

30. Ferreira PL, Escoval AM. Desafios em tempos de crise. *Rev Port Clínica Geral*. 2010;264-270.
31. Remoaldo PC. Acessibilidade aos cuidados primários de saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto. *Rev Port Clin Geral*. 2003;19:1-13.
32. Braga R. Os indicadores de saúde e a contratualização. *Rev Port Med Geral e Fam*. 2013;278-280.
33. Estatística IN de. *Censos 2011.*; 2011.
34. Saúde AC do S de. Metodologia de Contratualização para Cuidados de Saúde Primários no Ano de 2015. 2014.
35. Saúde S de EA do M da. *Despacho N° 12/2012.*; 2012.
36. Melo M, Sousa JC De. Os Indicadores de Desempenho Contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma. *Rev Port Clínica Geral*. 2011:28-34.
37. Vaz Carneiro A. Medidas de Associação em Ensaio Clínicos: Definição e Interpretação. *Rev Port Cardiol*. 2003;22(October):1393-1401.

O projeto encontra-se em avaliação pela Comissão de ética para a Saúde da ARS Lisboa e Vale do Tejo, com a referência 035/CES/INV/2015, submetido a 20 de Abril de 2015.

ANEXOS

ANEXO 1 - Análise transversal a cada uma das unidades de saúde

	Pontos fortes	A melhorar
UCSP A	<ul style="list-style-type: none"> Boa taxa de utilização de consultas. Boa proximidade com a população, obtida através da realização de domicílios (taxa de 12,4%). Bom acompanhamento de patologias crónicas, como consumo de tabaco, diabetes e hipertensão. 	<ul style="list-style-type: none"> Reduzido número de registos de patologias relativo a utentes sem médico de família, assim como de ICPC-2 em consulta. Reduzida taxa de consultas e domicílios, com diminuição da acessibilidade para utentes sem MF. Marcado gasto em medicação e MCDT.
UCSP B	<ul style="list-style-type: none"> Boa cobertura dos médicos de família (98,0%). Bom acompanhamento de patologias crónicas, nomeadamente hipertensão. 	<ul style="list-style-type: none"> Reduzido número de registos de patologias relativo a utentes sem médico de família, assim como de ICPC-2 em consulta.
UCSP C	<ul style="list-style-type: none"> Boa cobertura dos médicos de família (81,9%). Aparente bom registo das patologias dos utentes, tanto com como sem médico de família, como também excelentes valores de utilização de consulta e registo de ICPC-2, com valores próximos das USF. Bom acompanhamento de patologias crónicas, como consumo de tabaco, diabetes e hipertensão. Bom acompanhamento das mulheres em idade fértil, jovens em consulta de vigilância e rastreio oncológico. Baixo gasto em MCDT, bastante positivo no contexto da população. 	<ul style="list-style-type: none"> Pelos dados fornecidos, trata-se de uma população com uma elevada prevalência da generalidade das morbilidades estudadas, o que se pode dever a um défice de registo nas restantes unidades ou tratar-se de uma população efetivamente menos saudável.
UCSP D	<ul style="list-style-type: none"> A mais elevada taxa de utilização de consultas médicas, o que está de acordo com o maior envelhecimento da população abrangida. Bom acompanhamento de jovens em consulta de vigilância, denotando uma atenção face à prevenção. 	<ul style="list-style-type: none"> Elevada percentagem de utentes sem MF (43,1%) e reduzido nº de médicos (5 para cerca de 15 mil utentes). Marcado índice de envelhecimento (207,2%). Maior gasto em medicação, aceitável tendo em conta o envelhecimento da população. Reduzida taxa de prescrição de genéricos, que deverá melhorar para facilitar o acesso dos utentes ao tratamento e baixar o elevado gasto em medicação. A elevada proporção de utentes com hipertensão estará relacionada com o envelhecimento da população.
UCSP E	<ul style="list-style-type: none"> Boa acessibilidade aos utentes, com elevada taxa de consultas de utentes com MF e maior número de domicílios realizados. 	<ul style="list-style-type: none"> Elevada percentagem de utentes sem MF (42,0%). Face à grande percentagem de utentes sem MF, existe uma natural diminuição do acompanhamento em consulta de PF e de vigilância infantil. Défice no acompanhamento/registo de diabetes, hipertensão e tabagismo, tal como no rastreio oncológico.
UCSP F	<ul style="list-style-type: none"> Boa cobertura dos médicos de família (81,3%). Bom acompanhamento de hipertensão. Boa gestão de gastos em medicação e MCDT. 	<ul style="list-style-type: none"> Reduzido número de registos de patologias relativo a utentes sem médico de família. Reduzida taxa de consultas e domicílios, com diminuição da acessibilidade para utentes sem MF. Défice de registos relacionados com acompanhamento em PF, consultas de vigilância infantil para utentes sem MF, seguimento de patologia diabética e tabagismo e reduzido número de rastreios oncológicos.
UCSP G	<ul style="list-style-type: none"> Bom acompanhamento de jovens em consulta de vigilância, denotando uma atenção face à prevenção. Bom acompanhamento de hipertensão. 	<ul style="list-style-type: none"> Elevada percentagem de utentes sem MF (31,9%). Reduzido nº de médicos (8) para cerca de 14 mil utentes. Deverá ser dada mais atenção ao tabagismo e diabetes, assim como ao rastreio oncológico. Reduzida taxa de prescrição de genéricos, que deverá melhorar para facilitar o acesso dos utentes ao tratamento e baixar o elevado gasto em medicação.

Acesso aos Cuidados de Saúde Primários
O impacto das USF comparativamente a UCSP no ACES Lisboa Central

	Pontos fortes	A melhorar
USF A	<ul style="list-style-type: none"> • Procura de proximidade e acessibilidade para a população, comprovada pelos valores elevados de taxa de consulta e de domicílios realizados. • Boa taxa de preenchimento de ICPC-2 em consulta presencial. • Bons indicadores relacionados com acompanhamento e tratamento de patologias crónicas, assim como no rastreio de patologia oncológica. • Bom acompanhamento de mulheres em idade fértil no PF e de jovens em consulta de vigilância, denotando uma atenção face à prevenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • População com grande taxa de morbilidades no geral (<i>ou registo regular de patologias</i>).
USF B	<ul style="list-style-type: none"> • Boa taxa de preenchimento de ICPC-2 em consulta presencial. • Reduzidos gastos em medicação e MCDT, o que poderá estar relacionado com o baixo índice de envelhecimento (130,1%). 	<ul style="list-style-type: none"> • O acesso aos cuidados de saúde associados ao planeamento familiar e saúde infantil pode ser melhorado, ainda mais tendo em conta que se trata de uma população relativamente jovem. • Baixa proporção de utentes com rastreio oncológico.
USF C	<ul style="list-style-type: none"> • Procura de proximidade e acessibilidade para a população, comprovada pelos valores elevados de taxa de consulta e de domicílios realizados. • Boa taxa de preenchimento de ICPC-2 em consulta presencial. • Bom acompanhamento de mulheres em idade fértil no PF e de jovens em consulta de vigilância, denotando uma atenção face à prevenção. • Bons indicadores relacionados com acompanhamento e tratamento de patologias crónicas, assim como no rastreio de patologia oncológica. • Apesar do envelhecimento da população, existe uma boa gestão dos gastos em medicação e MCDT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acentuado índice de envelhecimento (205,4%). • Marcado gasto em medicação, coerente face ao envelhecimento da população, existe um maior registo de morbilidades.
USF D	<ul style="list-style-type: none"> • Boa taxa de preenchimento de ICPC-2 em consulta presencial. • Bons indicadores relacionados com acompanhamento e tratamento de patologias crónicas, nomeadamente diabetes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acentuado índice de envelhecimento (184,1%). • Face ao elevado índice de envelhecimento, é possível que os registos de patologias significativamente inferiores às restantes USF se devam a um défice de registo e não a uma população mais saudável. • Reduzida taxa de utilização de consultas médicas, preocupante face ao contexto da população, assim como o reduzido gasto em medicação. • Reduzido número de registos de hábitos tabágicos. • Baixa proporção de utentes com rastreio oncológico.
USF E	<ul style="list-style-type: none"> • Procura de proximidade e acessibilidade para a população, comprovada pelos valores elevados de taxa de consulta e de domicílios realizados. • Boa taxa de preenchimento de ICPC-2 em consulta presencial. • Bom acompanhamento de jovens em consulta de vigilância, denotando atenção face à prevenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acentuado índice de envelhecimento (188,4%), o que leva a que haja indiretamente mais gastos associados a medicação e MCDT. • Baixa proporção de utentes com rastreio oncológico, facto que deverá merecer atenção redobrada face ao envelhecimento da população.
USF F	<ul style="list-style-type: none"> • Boa taxa de domicílios, aproximando a unidade da população abrangida. • Boa taxa de preenchimento de ICPC-2 em consulta presencial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possível défice de registo de patologias, já que apresenta valores consistentemente inferiores, quando comparado com as restantes USF.
USF G	<ul style="list-style-type: none"> • Boa taxa de preenchimento de ICPC-2 em consulta presencial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de acompanhamento e tratamento de patologias crónicas (diabetes, hipertensão, tabagismo) abaixo da média das USF. • Baixa proporção de utentes com rastreio oncológico.



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA